FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

THÈSE

63

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Abrami PRAWERMAN
né le 21 février 1936 à Paris 14e
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

DE L'INTERET DE LA COLECTOMIE DROITE PROLONGEE JUSQU'A L'ANGLE GAUCHE AVEC IMPLANTATION ILEO-SIGMOIDIENNE TERMINO-LATERALE DANS LA CHIRURGIE DU COLON TRANSVERSE

Président : F. POILLEUX, Professeur

COPEDITH, 70, Rue de Flandre, PARIS 19è

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Abrami PRAWERMAN

né le 21 février 1936 à Paris 14e

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

DE L'INTERET DE LA COLECTOMIE DROITE PROLONGEE JUSQU'A L'ANGLE GAUCHE AVEC IMPLANTATION ILEO-SIGMOIDIENNE TERMINO-LATERALE DANS LA CHIRURGIE DU COLON TRANSVERSE

Président : F. POILLEUX, Professeur

COPEDITH, 70, Rue de Flandre, PARIS 19è

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / SCHERRER (J.) Cl.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma femme et mes enfants

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550012_0001

A Monsieur le Professeur Félix POILLEUX

Qui nous fait l'honneur de présider cette Thèse.

Avec l'expression de nos très sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Maurice CHAMPEAU

Qui nous a inspiré ce travail. Il a été pour nous un Maître bienveillant et éminent dont nous gardons un très reconnaissant souvenir.

Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements chaleureux et respectueux.

A Monsieur le Docteur Raymond LEIBOVICI

Qui a été un de mes premiers maîtres et qui m'a laissé une marque que je m'efforce de conserver.

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Messieurs,

le Professeur Raymond HOUDART
le Professeur Agrégé Claude COUINAUD
le Docteur Jacques MICHON
le Professeur Marcel FEVRE
le Professeur Agrégé Georges THOMERET
le Docteur André DUFOUR
le Docteur Jacques HEPP, dont j'ai été l'interne

Avec toute ma reconnaissance pour ce qu'ils m'ont appris.

Aux Assistants de mes Maîtres

Professeur Agrégé Jean DEMIRLEAU

Professeur Agrégé Denys PELLERIN

Docteur Jean BIENAYME

Professeur Agrégé Claude DUBOST

Professeur Agrégé Bernard DEBESSE

Docteur P. PINEAU

Docteur Jean MOREAU

Docteur Yves LE BESNERAIS

Avec toute ma reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat

Professeur J. QUENU

Professeur J. CAROLI

Professeur M. LAMY

Professeur J. DELARUE

Docteur J. FACQUET

Au Docteur Meier BURSTEIN

Qui nous a guidé et encouragé tout au long de nos études médicales.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre affection.

I N T R O D U C T I O N

A propos de quelques observations que nous a confié le Docteur Champeau, nous nous proposons de passer en revue les différents problèmes que peut poser la chirurgie des affections du colon transverse.

Nous envisagerons après un rappel anatomique les différentes affections malignes et bénignes qui peuvent requérir un acte chirurgical au niveau du transverse en insistant sur la fréquence de son atteinte au cours d'affections d'organes de voisinage, surtout estomac et pancréas.

Peu d'études ont été consacrées au colon transverse et l'on tend même sur le plan de l'anatomie chirurgicale d'opposer le colon droit au colon gauche. Cependant le transverse pose des problèmes chirurgicaux particuliers.

Nous nous proposons d'envisager ces problèmes thérapeutiques en fonction de chaque affection.

- cancer du transverse
- cancer gastro-colique, que le point de départ soit gastrique ou colique
- fistules gastro-colique et gastro-jéjuno colique
- atteinte du transverse au cours des affections pancréatiques
- enfin, quelques cas particuliers tels que volvulus du transverse, lésions traumatiques, fistule réno-colique, fistule bilio-colique ...

Mais, quel que soit l'affection en cause, le problème de la résection du colon transverse reste particulier du fait de la précarité de la vascularisation,

de la présence du grand épiploon, du risque de traction des lignes de suture en cas de rétraction du méso colon transverse, de la possibilité d'évolutivité d'une lésion de voisinage pancréatique, par exemple.

Nous pensons que, dans tous les cas où une suture du colon transverse laisse planer un risque, la colectomie droite prolongée au transverse gauche, intervention simple dont les inconvénients sont peu nombreux est la solution de sécurité. Nous voudrions défendre et préciser les indications d'un mode de rétablissement de la continuité digestive que pratique notre maître le Docteur Champeau, l'implantation Iléo-sigmoïdienne termino-latérale.

ANATOMIE DU COLON TRANSVERSE

Le colon transverse s'étend de droite à gauche du colon ascendant au colon descendant.

On tend de plus en plus sur le plan anatomique de lui nier son individualité en séparant le colon en deux portions droite et gauche, ce qui se justifie par des considérations embryologiques, vasculaires et physiologiques. Mais il est, en fait, indéniable que le colon transverse présente sur le plan chirurgical des particularités qui justifient notre étude.

Les données anatomiques particulières tiennent

A) de l'existence d'un méso colon transverse mobile.

B) de la présence du ligament gastro-colique et de l'épiploon.

C) des rapports avec les organes de voisinage, surtout estomac et pancréas.

D) du mode de vascularisation et de la disposition des lymphatiques.

A) LE MESO COLON TRANSVERSE :

Le méso colon est mobile, s'allonge de droite à gauche, sa longueur est très variable, sa hauteur moyenne maxima variant entre 10 et 15 centimètres (Ronvière) l'allongement est maxima au voisinage de l'angle gauche, il diminue à ce niveau rapidement de hauteur et se continue avec le ligament phrénico-colique gauche.

Sa base d'implantation croise successivement la deuxième portion du duodenum, la face antérieure de la tête du pancréas passe au-dessus de l'angle duodeno-jéjunal et longe le bord antéro-inférieur du corps pancréatique, il se termine sur

le diaphragme au-dessus de la rate en se confondant avec l'attache phrénique du ligament phrénico-colique gauche.

Ainsi, le colon transverse est mobile et se prête, surtout lorsqu'il est long, facilement à la chirurgie de résection segmentaire, cependant des processus pathologiques, néoplasiques ou inflammatoires rétractent rapidement le méso colon qui peut être considérablement raccourci.

Les deux extrémités de ce colon transverse sont fixées à la paroi postérieure.

- L'angle droit.

Il est situé sous la face inférieure du foie, dans l'espace ouvert en bas compris entre le rein en arrière et le foie en avant, parfois le colon ne monte pas en avant du rein et contourne seulement son extrémité inférieure. Il se projette en avant sur l'extrémité antérieure de la 10e côte. Il est solidement fixé aux plans adjacents, d'abord par l'accolement postérieur du colon et le péritoine semble se continuer directement de la face antérieure du rein droit sur celle du colon dessinant le ligament réno-colique, ensuite par le reliquat du diverticule droit de l'arrière cavité des épiploons, celui-ci passe entre duodenum et colon transverse, recouvre l'angle droit, atteint la paroi latérale et constitue un voile membraneux tendu du duodenum, parfois de la vésicule, formant le ligament cysticoduodeno-colique puis se prolongeant en dehors en un ligament phrénico-colique droit dit encore ligament suspenseur de l'angle droit, dont la section permet facilement l'abaissement et le décollement de cet angle, le décollement se poursuivant vers le bas après incision du péritoine dans l'angle colo-pariétal.

- L'angle gauche est très profondément situé dans la région thoraco-abdominale, masqué par l'auvent costal, fixé au-dessous de la rate en arrière et en-dehors du corps de l'estomac, ce qui explique les difficultés chirurgicales

rencontrées à ce niveau, il se projette à hauteur de la 8e côte pour Rouvière, 9e pour Couinaud. Cet angle est très fermé, orienté dans un plan antéro-postérieur et est solidement amarré par le ligament phrénico-colique gauche. Ce ligament apparaît comme un reliquat du prolongement gauche de l'arrière cavité des épiploons, sus-jacant au méso colon transverse et au colon, et qui atteint la paroi abdominale, ici formée par le diaphragme. Le comblement par accolement des feuillets supérieur et inférieur aboutit à la formation d'une solide formation ligamentaire, triangulaire dont la face supérieure concave en haut forme une sorte de hamac qui continue en avant la saillie du pôle supérieur du rein gauche, sur ce plan horizontal formé par le rein en arrière, le ligament en avant repose le pôle inférieur de la rate, d'où le nom de sustentaculum lienis donné à cette formation fibreuse.

La section toujours difficile de ce ligament est nécessaire au décollement et à l'abaissement de l'angle gauche qui se trouve plus externe et plus haut que le droit. Des variations peuvent se rencontrer au niveau du transverse :

Au niveau du transverse droit, il faut insister sur la possibilité d'absence d'accolement ce qui simplifie les manoeuvres opératoires alors que l'angle gauche reste toujours une des zones coliques la plus fixe. Les variations les plus fréquentes portent sur la longueur de l'anse. Normalement, celle-ci tombe à hauteur de l'ombilic. Il est des colons courts tendus en ligne droite entre les deux angles, ce qui accole le colon à la paroi abdominale postérieure et rend difficile certaines manoeuvres chirurgicales, ceci peut se rencontrer après des processus pathologiques rétractibles, inversement, il est des colons longs, le transverse pouvant descendre au pubis, voire même dans le petit bassin se repliant en M ou en W.

B) LE LIGAMENT GASTROCOLIQUE ET LE GRAND EPIPLOON, OU EPIPLOON GASTROCOLIQUE, réunissant la grande courbure gastrique au colon transverse, parfois très important, pouvant peser plusieurs kilogrammes chez certains obèses, ailleurs réduit à une mince frange longeant le bord antérieur du colon transverse.

Il est formé de la coolescence du sac épiploïque.

Son insertion supérieure se fait par deux lames, l'une directe, l'autre réfléchie. Ces deux lames correspondent aux deux parties du sac épiploïque embryonnaire. La lame réfléchie s'insère en haut sur le bord inférieur de la première partie mobile du duodenum et sur la grande courbure gastrique, dépassant à peine le segment horizontal de l'estomac. Son feuillet antérieur continue le péritoine de la face antérieure de l'estomac, son feuillet postérieur celui de la face postérieure. Cette lame réfléchie, s'étend en bas jusqu'au bord antéro-supérieur du colon transverse et forme plus exactement le ligament gastrocolique.

La lame directe continue la paroi postérieure de l'arrière cavité des épiploons dont les deux feuillets après avoir entouré le pancréas, s'appliquent sur le méso colon transverse, puis les faces supérieure et antérieure de ce colon. Elle est accolée à ces différentes formations et l'on ne peut chirurgicalement l'en décoller.

Ces deux lames réfléchies ou ligament gastrocolique et lame directe postérieure s'accolent le plus souvent en avant du colon, le long de son bord antérieur, mais l'arrière cavité envoie souvent un prolongement entre les deux lames surtout à gauche. A droite, au contraire, les deux lames s'accolent beaucoup plus haut, l'une à l'autre donc au méso colon transverse et si l'on cherche à ouvrir l'arrière cavité en effondrant le ligament gastrocolique trop à droite on risque de blesser des vaisseaux coliques contenus dans le méso colon transverse.

Le grand épiploon finalement semble se détacher du bord antérieur du colon transverse et est formé de l'accolement de ses quatre feuillets originaux, cet accolement étant absolument indissociable.

La vascularisation du grand epiploon se fait à partir des artères gastro-épiploïques formant un arc situé dans le ligament gastrocolique et suivant la grande courbure gastrique ; de cet arc descendent les artères épiploïques antérieures

venues surtout de la gastro épiploïque droite. La lame postérieure est vascularisée dans sa partie accolée au méso colon transverse et au colon transverse par des branches venues des artères pancréatiques et par des rameaux issus des vaisseaux droits du colon transverse, dans sa partie libre par l'arcade épiploïde de Barkow formée par les artères antérieures après qu'elles aient contourné le bord libre de l'épiploon. Ainsi, le décollement colo épiploïque n'est-il pas parfaitement exsangue puisque l'on effondre la lame directe de l'épiploon contenant des vaisseaux épiploïques postérieurs et puisqu'il existe des anastomoses avec les vaisseaux droits du colon transverse.

C) LES RAPPORTS AVEC LES ORGANES DE VOISINAGE expliquent la riche pathologie d'emprunt du colon transverse.

Le colon transverse et son méso colon séparent l'abdomen en deux étages sus et sous méso colique.

- au-dessous, la masse du grêle et l'angle duodéno-jéjunal, le 3e duodenum et la partie toute inférieure du pancréas.

- au-dessus, c'est l'arrière cavité des épiploons que l'on peut aborder

  - soit par effondrement du ligament gastrocolique
  - soit par décollement coloépiploïque
  - soit par voie trans méso colique

Par l'intermédiaire de cette arrière cavité, le colon transverse peut participer à la pathologie de nombreux organes, surtout estomac dont la face postérieure repose sur le méso colon transverse et pancréas, à un moindre degré citons à droite la pathologie biliaire (fistule bilio-colique) le duodenum, voire le rein droit, à gauche le colon transverse et surtout l'angle gauche contracte des rapports étroits avec la rate et le rein gauche.

D) LA VASCULARISATION DU COLON TRANSVERSE :

Elle est considérée par la majorité des auteurs comme précaire. Les vaisseaux abordent le colon transverse par ses extrémités, la vascularisation se faisant par les deux mésentériques, supérieure et inférieure.

1) A droite, c'est la colique supérieure droite. Elle naît en règle de la mésentérique supérieure en avant de la 3e portion du duodenum. Elle se divise en regard du colon transverse à une certaine distance de l'angle droit, la branche droite filant vers l'angle hépatique, la branche gauche atteignant le colon transverse au début de sa partie mobile et se continuant dans l'arcade de Riolan. Parfois, une ou deux arcades anastomotiques secondaires peuvent être tendues entre les branches de divisions de la colique supérieure droite, si celle-ci se divise tôt.

De nombreuses variations sont possibles. Nous insisterons sur les anomalies de naissance de la colique supérieure droite qui peut naître de la gastro duodenale, de la gastro épiploïque droite, directement du tronc coeliaque, parfois il existe un tronc commun né de la mésentérique donnant la pancréatico duodenale droite inférieure, la gastro épiploïque droite et la colique supérieure droite. Ces anomalies peuvent expliquer certaines complications coliques de la chirurgie gastrique, par exemple. On a insisté récemment sur la possibilité pour l'artère colique supérieure droite de naître de l'artère pancréatique dorsale qui chemine à la face postérieure de l'isthme pancréatique tendue entre le tronc coeliaque et la mésentérique supérieure. Son interruption peut entraîner des lésions ischémiques au niveau de l'angle droit et surtout du transverse. On conçoit lorsque la colique supérieure droite naît de la pancréatique dorsale, les possibilités de complications au niveau du colon transverse des affections pancréatiques. (C. Couinaud et C. Huguet). De plus, cette pancréatique dorsale peut naître isolément du tronc coeliaque réalisant un tronc coeliaco-colique.

2) A gauche, c'est la colique supérieure gauche. Elle se détache de la mésentérique inférieure au-dessous du duodenum. Elle forme ensuite avec la petite

veine mésentérique l'arc vasculaire de Treitz, puis atteint l'angle gauche, elle se divise en avant du rein gauche en deux branches avec rarement 1 ou 2 arcades secondaires dans l'écartement de ces branches. La branche supérieure, plus tenue que son homologue droite va rejoindre l'arcade de Riolan.

Exceptionnelement, la colique supérieure gauche peut naître de la mésentérique supérieure. A ce moment, elle naît plus haut que la colique transverse qui naît elle-même au-dessus de la colique supérieure droite. Elle est appliquée étroitement contre le bord inférieur du pancréas (Meillère). Elle peut naître également de la pancréatique dorsale.

3) L'arcade de Riolan est formée de la réunion de la branche gauche de la colique supérieure droite et de la branche droite de la colique supérieure gauche. Pour la majorité des auteurs, (R et C Dos Santos - Stewart Rankin - 1933 - Michels 1955), l'arcade de Riolan est surtout vascularisée par la mésentérique supérieure, l'artère colique supérieure droite irrigant le transverse jusqu'à l'union du 1/3 gauche et des 2/3 droits, voire même tout le transverse jusqu'à l'angle gauche. Il existe dans environ un quart des cas une artère du colon transverse parfois grèle, parfois très importante, pouvant même gêner dans certaines manoeuvres d'abaissement du transverse, elle naît de la mésentérique supérieure au voisinage de la colique supérieure droite et atteinte l'arcade de Riolan à sa partie moyenne à l'union 1/3 moyen et 1/3 droit.

Ainsi, l'étude de la vascularisation du transverse met en évidence la précarité de celle-ci après section ou résection du transverse.

- A droite, la tranche colique est bien vascularisée.

- A gauche, le problème de la vascularisation de la tranche colique est plus délicat , il est d'autant moins vascularisé que la section se porte plus à droite et, en cas de présence d'une artère colica média, surtout si celle-ci est importante, le risque d'ischémie existe sur toute la portion de colon transverse située en aval

d'elle.

Au total, il nous faut insister sur les risques que peuvent faire courir sur le plan vasculaire une anastomose après section ou résection du transverse lorsque cette anastomose pour le segment distal est loin de l'angle splénique.

RAPPEL DE LA CIRCULATION LYMPHATIQUE DU COLON TRANSVERSE :

La circulation lymphatique après relais dans les ganglions épicoliques, puis paracoliques, est dans l'ensemble satellite du système vasculaire et s'organise comme lui en divers courants. Il nous faut insister sur la richesse en canaux et ganglions lymphatiques au niveau du méso colon transverse alors que ceux-ci sont moins nombreux au niveau des zones accolées.

Il existe :

- Un grand courant droit drainant l'angle droit et les 3/4 du colon transverse avec deux pédicules :

- celui de l'angle droit satellite des vaisseaux coliques supérieurs droits fixés dans les deux lames de la racine du méso colon transverse.

- celui de la partie droite du colon transverse suivant de gauche à droite l'arcade de Riolan puis satellite de l'artère du colon transverse ou d'un pédicule vasculaire qui la supplée dans la partie mobile du méso colon avec à ce niveau, de nombreux ganglions intermédiaires.

Ces deux pédicules se rejoignent devant la tête du pancréas dans l'extrémité droite de la racine du méso colon transverse dans sa portion élargie, dans l'angle des 2e et 3e portions du duodenum. Ils forment là, le confluent primaire de Descamps au niveau duquel se trouve le groupe ganglionnaire central. Un courant pédiculaire moyen s'en détache auquel viennent d'adjoindre des troncs gastro épiploïques et duodéno pancréatiques, puis le courant pédiculaire du colon droit. L'ensemble s'engage derrière le corps du pancréas pour rejoindre le grand confluent portal commun.

- Le courant gauche draîne l'angle gauche du colon, satellite de l'artère colique supérieure gauche, il rejoint les ganglions situés à l'origine de la mésentérique inférieure. Mais, par ailleurs, cet angle splénique est draîné par des lymphatiques ascendants qui se rendent aux ganglions profonds situés derrière l'isthme du pancréas. Parmi ces lymphatiques ascendants, les uns profonds parviennent à ces ganglions en suivant le trajet ascendant de la veine mésentérique inférieure. Les autres, plus superficiels y aboutissent après avoir gagné le hile de la rate puis cheminé au contact du pancréas et des vaisseaux spléniques.

En plus de ces deux courants, il existe à la partie moyenne du colon transverse des canaux abérrants sans ganglions intermédiaires se portant en arrière vers des ganglions hauts situés rétro pancréatiques.

Reste le problème de l'extension lymphatique vers le grand épiploon et le ligament gastrocolique. Si pour certains auteurs il existe des relais lymphatiques vers le grand épiploon, d'autres, par contre, les nient (Descamps et Turnesco - Imperatti et Cagetti), les territoires lymphatiques étant limités par les fascias d'accollement péritonéaux qui ne sont pas franchis, la propagation ne peut se faire que par envahissement direct inflammatoire et néoplasique et ce n'est qu'après envahissement de ces plans que le nouveau territoire lymphatique pourrait être atteint avec extension le long de la grande courbure gastrique.

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU COLON TRANSVERSE
LEURS PROBLEMES THERAPEUTIQUES

A) LES CANCERS DU COLON TRANSVERSE :

Ils paraissent rares, leur fréquence est difficile à chiffrer dans les diverses statistiques où ils sont classés avec, soit le colon droit, soit le colon gauche, pour Imperatti et Cagetti qui en rapportent 78 cas, leur fréquence correspond à 6,5 % des tumeurs du gros intestin observé par eux pendant le même laps de temps, soit 5 ans.

Tandis que le traitement chirurgical des cancers des colons droits et gauches sont bien codifiés, ceux du colon transverse et de ses angles présentent sur le plan de la tactique chirurgicale des aspects incertains.

Dans l'ensemble, dans les monographies sur la chirurgie du colon (Bacon - Roux et Carcassone - Bickam et Callander - H. Welti - Goligher - Muir), le problème que pose le colon transverse n'évoque pas un grand intérêt et peu d'études lui ont été consacrées.

En général, l'angle droit est rattaché au colon droit, le transverse gauche au colon gauche, entre les deux le problème est généralement éludé. Citons cependant certains travaux consacrés électivement au transverse : Leibovici R et Yovanovitch B (1938) thèse de Vaysse J. inspirée par J. Quénu (1948), Imperatti et Cagetti (1964).

L'étude du colon transverse sur le plan des impératifs de l'exérèse chirurgicale carcinologique aboutit à le fragmenter en trois segments sur lesquels les conditions chirurgicales sont différentes.

- Le colon transverse droit correspond à l'angle droit et à la portion droite du transverse non mobile là où l'atteint l'artère colique supérieure droite. Ce segment mesure environ 20 cm (Imperatti et Cagetti). Dans cette zone, la lymphe est drainée vers les ganglions intermédiaires satellites de l'artère colique supérieure droite.

- Le colon transverse gauche correspond à l'angle splénique irrigué par l'artère colique supérieure gauche et auquel on ajoute les 10 cm de colon transverse distal situés en amont de cet angle (Imperatti et Cagetti). Les voies lymphatiques se drainent vers les ganglions intermédiaires satellites de l'artère colique supérieure gauche et également (H. Welti) par des voies directes à travers le méso colon transverse vers le confluent rétro pancréatique.

Entre les deux, c'est le transverse moyen mobile irrigué par l'arcade de Riolan. La lymphe se draîne de gauche à droite vers le pédicule lymphatique droit satellite de la colique supérieure droite mais également par des voies directes à travers le méso colon transverse vers le confluent rétro-pancréatique.

Les indications chirurgicales dépendent de ces impératifs anatomiques :

1) Pour le colon transverse droit, la majorité des auteurs défendent l'hémicolectomie droite. Déjà en 1924, Pauchet Duval Lenormand et Okinczyc disaient qu'il fallait enlever les cancers du transverse par colectomie subtotale, soit hémicolectomie droite élargie, ce qui permettait d'opérer vite tout en enlevant large. En fait, sur le plan strictement vasculaire et lymphatique, il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'enlever le coecum irrigué par l'iléo-coeco appendiculaire. En pratique, cependant, tous les auteurs rattachent le transverse droit au colon droit et sont d'accord pour préconiser l'hémicolectomie droite puisqu'il faut de toutes façons décoller le colon droit et l'angle droit et que, d'autre part, on se trouve souvent en présence d'un coecum dilaté et bourré de matières.

Enfin l'argument selon lequel on se trouve amené à pratiquer l'exérèse d'un segment colique, qui pourrait être conservé, est plus théorique que réel devant les difficultés que va poser la suture colique entre le coecum conservé et l'angle gauche.

Plus intéressante paraît à étudier l'étendue nécessaire de l'exérèse vers la gauche: sur le plan lymphatique, le drainage se fait de gauche à droite, les ganglions intermédiaires sont satellites de la colique supérieure droite, ce qui nécessite la ligature de celle-ci à son origine au niveau de la mésentérique supérieure, lorsque la colica media existe, elle naît soit de la mésentérique supérieure pratiquement au même niveau que la colique supérieure droite, soit de la colique supérieure droite elle-même, dans tous les cas sa ligature s'impose. Donc pour des raisons vasculaires pures il est nécessaire de pousser l'exérèse du transverse loin à gauche, au moins jusqu'à l'union des 2/3 droits et du 1/3 gauche, toute section portant plus à droite laisse planer un risque de mauvaise vascularisation du segment colique distal. De plus, dans certains cas surtout lorsque l'on a été dans l'obligation de lier une colica media de gros calibre, cette résection peut être insuffisante et l'on est obligé pratiquement de pousser jusqu'à l'angle gauche pour retrouver un colon bien vascularisé.

Tous ces arguments justifient en matière de cancer du colon transverse droit l'hémicolectomie droite prolongée avec ligature à l'origine de la colique supérieure droite et résection colique large prolongée à gauche jusqu'à l'union 2/3 droit, 1/3 gauche du transverse, voire même jusqu'à l'angle gauche. Le problème du rétablissement de la continuité digestive est simple lorsqu'il reste un segment mobile de transverse gauche bien vascularisé, c'est l'Iléo transversostomie. Ce rétablissement de la continuité digestive pose d'autres problèmes lorsque la section colique pour des raisons vasculaires est reportée à gauche près de l'angle gauche, l'Iléo angulectomie est alors à déconseiller si l'on ne décolle pas l'angle gauche car l'on se trouve dans

de mauvaises conditions d'exposition trop haut sous le rebord costal. Certains auteurs (Toupet), préconisent le décollement de cet angle gauche qu'il rabatte vers la droite au besoin, après un passage trans mésentérique, ce qui simplifie la péritonisation afin de suturer dans de bonnes conditions. Pour notre part, nous pensons que dans ce cas il est plus simple de pratiquer une implantation Iléo-sigmoïdienne termino latérale après fermeture du segment colique au niveau de l'angle gauche, intervention plus rapide puisque ne nécessitant aucun décollement, avec une suture Iléo-colique toujours facile, ne posant pratiquement pas de problème de péritonisation, intervention dont nous étudierons les modalités dans un chapitre prochain.

2) Pour le transverse gauche :

Le principe pour l'angle gauche de l'exérèse des cancers coliques : enlever l'organe atteint et les relais ganglionnaires jusqu'au hile vasculaire et lymphatique pose le problème du drainage lymphatique du colon transverse gauche. Celui-ci dépend du territoire de la colique supérieure gauche et l'intervention minima que l'on peut proposer est la résection segmentaire de l'angle gauche avec ligature de la colique supérieure gauche, ce qui consiste après décollement de l'angle gauche à enlever en bloc le 1/3 gauche du transverse, l'angle gauche et le descendant, c'est l'intervention décrite par Toupet sous le nom de colectomie intermédiaire pour laquelle il rétablit la continuité par anastomose termino terminale en s'aidant d'un artifice de péritonisation : il fait passer le sigmoïde en trans mésentérique. Pour d'autres auteurs, cette résection est insuffisante car le groupe ganglionnaire principal siège au niveau de l'origine de la mésentérique supérieure où celui-ci est souvent envahi. Les recherches de Gilchrist et David, puis de Grinnall sur des pièces opératoires éclaircies par la méthode de Spaltcholz ont montré que l'atteinte de ces ganglions était d'autant plus fréquente que le cancer était plus haut situé, il serait de 20 % pour les cancers de l'angle gauche contre 8 % pour ceux du rectosigmoïde. Les constatations opératoires de Bertrand, d'Alain Monchet, de Delannoy,

celles des auteurs américains (Bacon), confirment qu'une fois sur cinq, les ganglions hilaires sont envahis. Par ailleurs, les autopsies systématiques et les réinterventions (Wangensteen) ont permis de constater une fois sur deux l'existence de ganglions cancérisés au-delà de la résection. Ces faits constituent de solides arguments en faveur del'hémicolectomie gauche avec ligature de la mésentérique inférieure à l'origine et de la veine petite mésaraïque au bord inférieur du pancréas avec anastomose transverso sigmoïdienne ou transverso rectale.

Le problème se complique par l'existence d'un drainage lymphatique satellite de la veine petite mésaraïque et aboutissant a un groupe ganglionnaire retro pancréatique au niveau de l'isthme,enfin des voies lymphatiques superficielles gagnent le hile de la rate, pour ces raisons lymphatiques, certains auteurs : H. Welti - Hollender et Adloff,Preyssas préconisent la colectomie gauche élargie avec ablation en bloc de l'angle gauche, du descendant, du grand épiploon, de la rate et de la moitié gauche du pancréas.

Au total, un curage ganglionnaire avec ablations des voies lymphatiques ascendantes et descendantes impose l'hémicolectomie gauche élargie à la rate et la moitié gauche du pancréas.

3) Pour le colon transverse moyen :

La vascularisation se fait par l'arcade de Riolan et le drainage lymphatique essentiellement de gauche à droite, les ganglions intermédiaires se trouvant satellites de la colica media et de la colique supérieure droite, d'autre part, des lymphatiques se rendent directement par trajet ascendant dans le méso colon transverse, aux groupes ganglionnaires retro pancréatiques, enfin le drainage lymphatique par le grand épiploon reste discuté, il semble cependant logique d'inclure le grand épiploon dans toute exérèse d'un cancer colique du transverse.

Ainsi diverses interventions peuvent être proposées :

- La colectomie emportant les deux angles et les deux piliers vasculaires de l'arcade de Riolan avec ligature au ras de la mésentérique supérieure de la colique moyenne est défendue par Toupet sous le nom de transversectomie, c'est également l'intervention qu'emploie Imperatti et Cagetti.

- L'hémicolectomie droite prolongée à gauche est défendue dans la thèse de J. Vayssc. Elle semble plus logique dans la mesure où le drainage lymphatique est préférentiel vers la droite.

- En fait, l'existence de voies lymphatiques aberrantes vers les ganglions rétro pancréatiques font reconsidérer le problème. En effet, dans une forme lymphophile, il est probable que si les chaines ganglionnaires intermédiaires sont envahies, les groupes ganglionnaires retro pancréatiques doivent l'être aussi, ainsi les colectomies segmentaires défendues par Leibovici en matière de cancer du colon transverse avec résection des chaines paracoliques paraissent valables. Il faut cependant, dans ces formes pousser la résection suffisamment à gauche pour que le segment distal reste bien vascularisé.

Parmi les observations de chirurgie du transverse que nous avons étudiées, 17, soit la moitié environ concernent des colectomies pour cancer.

- L'âge varie entre 52 ans et 82 ans ; il existe 10 femmes pour 7 hommes.

- 4 observations correspondent à des cancers du transverse droit, 2 correspondent à des cancers du transverse moyen, 5 enfin à des cancers du transverse gauche.

- Pour les cancers du transverse droit, il a été pratiqué 3 fois une hémicolectomie droite prolongée au transverse, 2 fois la section après ligature de la colica media s'est faite à l'union 1/3 gauche 2/3 droit du transverse avec rétablissement de la continuité digestive par Iléo-transversostomie (obs. 2 et 3) 1 fois il a été nécessaire de pousser plus loin à gauche la section du transverse au niveau de l'angle gauche, la continuité a été rétablie par Iléo-sigmoïdostomie termino latérale. Les suites immédiates ont été bonnes (obs. 5). Enfin, pour la dernière observation qui

date de 1954, il a été pratiqué une colectomie segmentaire du transverse emportant l'angle droit et la partie droite du transverse et mise des 2 bouts coliques à la peau. 2 interventions ont ensuite été nécessaires pour le rétablissement de la continuité colique (obs. 4). Il semble qu'une hémicolectomie droite dans ce cas aurait permis une hospitalisation moins longue.

- Pour les cancers du transverse gauche, il a été pratiqué les cinq fois une colectomie segmentaire emportant l'angle gauche, la moitié gauche du transverse, le descendant, deux fois une splenectomie de nécessité à été nécessaire. Deux fois l'intervention s'est faite en urgence pour occlusion, une fois la colectomie a été pratiquée avec extériorisation de la suture laissant un anus en canon de fusil, seul le plan postérieur étant pratique, la cure en intro péritonéale de cet anus sera faite deux mois plus tard. Suites simples (obs. 5). Une autre fois, un anus transverse précédera la colectomie de huit jours (obs. 1 - 3). Une fois enfin, un lachage de suture immédiat après coloraphie immédiate a abouti après plusieurs réinterventions a une Iléo-sigmoïdostomie par implantation (obs. 1).

- Pour les cancers du transverse moyen, quatre fois il a été pratiqué une hémicolectomie droite, deux fois se prolongeant jusqu'à l'union 1/3 gauche 2/3 droit avec Iléo transversostomie, suites simples. Il est a noter qu'une fois l'énorme distension d'amont a imposé cette intervention chez une femme de 81 ans (obs. 7), une fois il s'agissait d'une très grosse tumeur avec rétraction importante du méso colon transverse et nécessitant l'exérèse des deux angles du transverse. La section à gauche a eu lieu à la partie basse du descendant avec fermeture du colon distal, anastomose digestive par implantation Iléo-sigmoïdienne, les suites ont été simples sans diarrhée (obs. 6). Une fois, la section n'a certainement pas été poussée assez loin à gauche puisque l'opérateur note : virole néoplasique à l'union 1/3 droit 2/3 gauche du transverse qui est sectionné 15 cm en aval de la tumeur, la fistulisation rapide de l'anastomose a entraîné le décès de la malade malgré la réintervention

(obs. 10). Quatre fois chez des malades de 75 ans et plus une résection segmentaire a été pratiquée sans complication. Chez une de ces malades, la tumeur envahissait une anse grêle qui a été reséquée dans le même temps. Malheureusement, une métastase pariétale est venue assombrir le pronostic (obs. 1).

B) LE PROBLEME THERAPEUTIQUE COLIQUE DANS LES FISTULES GASTROCOLIQUES ET GASTRO-JEJUNO COLIQUES :

Les fistules gastrocoliques primitives :

Le premier cas est rapporté par Haller en 1775, depuis de nombreux cas ont été rapportés mais dans l'ensemble, ces fistules sont rares. Le plus souvent, il s'agit de fistules néoplasiques dont le point de départ, en règle, est gastrique. Plus rarement, la fistule complique un ulcère gastrique ; d'autres étiologies sont exceptionnelles (Pancréatite).

Bec, dans sa thèse (1897) en retrouve 62 cas :

- 43 cancers
- 12 ulcères gastriques
- 5 après abcès de la paroi abdominale
- 2 compliquant une tuberculose digestive

Chavannoz, en 1907 en cite 63 cas :

- 47 cancers
- 11 ulcères
- 5 tuberculoses

Nous étudierons d'abord les fistules d'origine néoplasique.

Le plus souvent leur point de départ est gastrique :

- 35 fois sur les 43 cas de Bec
- 36 fois sur les 47 cas de Chavannoz

Il faut noter cependant que les cancers gastriques sont nettement plus fréquents que les cancers du colon transverse.

La fistulisation est rare, une statistique de la Lahey clinique note moins de 1 % de fistulisation sur l'ensemble des cancers coliques ou gastriques. P. Bertrand rapporte 12 cas de fistule sur 182 cas de cancers du colon transverse. Loibovici 4 cas sur 20, Vaysse 1 sur 39. Mais si la fistulisation est rare, l'envahissement de l'estomac par un cancer du transverse ou inversement du transverse par un cancer de l'estomac, est probablement plus fréquent bien que difficilement chiffrable.

Mécanisme de l'extension et modalité de constitution de la fistule :

- soit envahissement direct par contiguité, en fait ce mécanisme est peu probable
- soit par l'intermédiaire du ligament gastrocolique. Celui-ci est fréquemment envahi par l'extension directe d'une tumeur gastrique. Sa rétraction peut amener au contact le transverse. Inversement, une tumeur du transverse peut envahir l'épiploon qui s'infiltre, se rétracte, se pelotonne sur la masse néoplasique, attire l'estomac.
- soit par l'intermédiaire d'adenopathies
  - soit du méso colon transverse, adenopathie satellite d'un cancer du transverse qui peut, par extension directe, envahir l'estomac.
  - soit adenopathies dans le ligament gastrocolique ou l'épiploon. L'envahissement de l'épiploon par un cancer transverse pouvant aboutir a une extension ganglionnaire de la chaîne coronaire stomachique.

Surtout, il faut insister sur l'infection secondaire qui suit le ligament gastrocolique ou le meso colon transverse, l'extension néoplasique par contiguité se faisant par envahissement progressif des éléments infectés et rétractés par un

processus de péritonite localisée.

Enfin, il faut insister sur l'extension fréquente des cancers gastriques au niveau du méso colon transverse. Si celui-ci est largement envahi, le problème de l'exérèse d'un segment de colon transverse se trouve posé.

Trajet de la fistule :

Son trajet est variable, tortueux, irrégulier, souvent ramifié avec des clapiers intermédiaires, creusés au sein d'une masse néoplasique toujours infectée. Son fonctionnement se fait pratiquement toujours à sens unique dans le sens colon-estomac mais il est intermittent. Ce fonctionnement traduit une hyperpression colique par rapport à l'estomac probablement lié à un antépéristaltisme important au niveau du colon gauche. Cette fistule sur le plan clinique est responsable :

- des vomissements parfois fecaloïdes
- d'éructations gazeuses

Le problème de la diarrhée. Elle ne semble pas très fréquente dans les fistules gastrocoliques néoplasiques. Ponka-Rice qui en rapporte un cas ne l'a pas observé - Amlicke l'a surtout observé dans les fistules d'origine ulcéreuse - Hepp et Lagrange écrivent que la diarrhée est exceptionnelle dans la fistule gastrocolique pure néoplasique. En fait, il semble que si la diarrhée est moins fréquente que dans les fistules gastro-jéjuno coliques, elle existe cependant dans un nombre appréciable de cas. Le problème de cette diarrhée, facteur de dénutrition sévère est important car son existence peut entraîner la nécessité d'une intervention préalable à l'exérèse problème que nous étudierons ultérieurement.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que si cette fistule existe, c'est radiologiquement seul le lavement baryté qui peut en faire le diagnostic (thèse de Bornette résumée dans la thèse de J. Vaysse - De Butler d'Ormond - Amlicke - Marshall et Knud-Hansen - Mac Mahon - Ponka-Rice).

Le problème thérapeutique :

La première gastrocolectomie transverse a été publiée par Goullioud en 1912. Depuis, de nombreuses exérèses combinées ont été publiées ; les modalités en sont complexes.

Le but est de pratiquer une exérèse carcinologiquement satisfaisante tant sur l'estomac que sur le colon. L'idéal étant d'aboutir à une intervention complète en un temps.

Les traitements proposés et pratiqués sont variables. En cas d'altération importante de l'état général et surtout en cas de diarrhée, un premier temps tendant à exclure le néoplasique paraît licite permettant de remonter l'état général du patient et de faire secondairement une exérèse large.

Les trois possibilités sont :

- la colostomie d'amont
- l'Iléosigmoïdostomie termino latérale
- l'exclusion du segment fistulisé.

Ce premier temps s'impose moins souvent que dans les fistules gastro-jéjuno coliques et nous l'etudierons ultérieurement. Cependant, il faut dire :

- qu'en cas d'atteinte néoplasique, l'exclusion d'un segment de transverse selon la technique préconisée par Couinaud n'est pas réalisable.

- que la colostomie d'amont est une méthode efficace et que celle-ci peut être enlevée dans le temps d'exérèse secondaire.

Cependant, l'Iléo-sigmoïdostomie rapidement faite, permettant de suturer en une zone saine très à distance des lésions, évitant au cours de l'exérèse secondaire un temps de suture colique, est peut être une bonne solution.

Le temps d'exérèse proprement dit :

Il s'agit de pratiquer une gastrectomie associée à une colectomie transverse.

Au niveau du colon transverse, la majorité des auteurs ayant eu à résoudre

le problème ont pratiqué une colectomie transverse segmentaire. Nous-même, sur 3 observations de gastrocolectomie transverse, nous avons une fois associé pour un cancer gastrique une gastrectomie totale élargie à la rate et la queue du pancréas et une colectomie transverse segmentaire avec coloraphie immédiate, ceci avec un bon résultat immédiat (obs. 20).

Ce traitement est celui préconisé par Mac-Mahon qui en rapporte cinq cas sans donner de détails thérapeutiques. Sur six cas, Amlicke après préparation par colostomie transverse a pu une fois pratiquer une gastrocolectomie transverse avec suture colique immédiate. De butler - D'Ormond dans sa thèse rapporte le cas de Pillois qui, après gastrocolectomie transverse avec coloraphie immédiate, a présenté dans les suites opératoires une fistule colique peu importante qui a finit par se tarir spontanément. Mais au 4e mois, le malade a été revu porteur d'une fistule gastrocolique réapparue en dehors de toute récidive néoplasique. Cette fistule d'origine purement inflammatoire ayant nécessité une intervention avec recoupe gastrique et nouvelle résection colique. Cette observation met en évidence le risque d'une suture colique au sein d'une zone opératoire remaniée, siège de décollement avec possibilité d'organisation d'un hématome entre les deux organes, hématome probablement à l'origne de la complication.

D'autres auteurs : Mouchet - Ponka-Rice préconisent la gastrocolectomie transverse avec mise à la peau des deux bouts coliques, ce qui nécessite un second temps de rétablissement de la continuité digestive. Ponka-Rice rapporte un cas avec une survie de six ans pour lequel il a dans un premier temps à la locale, fait une colostomie sous angulo colique droite, associée a un dreep feeding qu'il a pu pousser jusque dans le jéjunum. L'amélioration de l'état général a été telle qu'il a pu secondairement pratiquer une gastrectomie totale élargie avec colectomie transverse segmentaire laissant en place les 2 angles, les deux bouts coliques étant à la peau. Il rétablit la continuité colique cinq mois plus tard.

Au total, il apparaît que la gastrocolectomie transverse avec colectomie segmentaire soit l'intervention le plus souvent employée.

En effet, cette colectomie segmentaire peut être rapide et complique peu le temps d'exérèse gastrique surtout si celui-ci consiste en une gastrectomie totale élargie.

Il est raisonnable dans tous les cas, même si la gastrectomie est subtotale (cas de Pillois) de remettre à un temps ultérieur la suture colique, ce qui a l'inconvénient d'imposer pendant quelque temps au malade les désagréments d'une colostomie, d'imposer surtout une réintervention.

C'est pourquoi nous avons préféré dans deux cas élargir l'exérèse ce qui n'allonge que très peu l'intervention, et pratiquer une hémicolectomie droite (obs. 18 . et 19). Dans un cas, le compte-rendu opératoire note la distension du colon d'amont, ce qui a justifié son exérèse. Le rétablissement digestif s'est fait dans les deux cas par Iléo transversostomie. Nous n'avons pas eu d'ennuis au niveau de cette suture, mais il est bien certain qu'il existe un risque du fait de la precarite de la vascularisation du segment gauche du transverse et surtout du fait que cette suture se trouve dans la zone opératoire où les décollements sont maximum, surtout après gastrectomie élargie avec splenectomie et pancréatectomie caudale. Nous pensons que, en cas de gastrocolectomie transverse, l'hémicolectomie droite au niveau du colon est une solution de sagesse permettant d'éviter une colostomie temporaire et que le rétablissement du transit digestif par implantation Iléo-sigmoïdienne termino latérale permettant une suture facile et sûre à distance de l'étage sus méso colique est la solution de choix. Cette intervention est préconisée par Marshall et Knud-Hansen qui l'ont pratiquée une fois en un temps pour une fistule gastrocolique néoplasique.

En conclusion, il faut insister sur le fait qu'un néoplasme gastrocolique ne présente pas, du fait de son extension, une contre indication à l'exérèse et

que, à condition d'une exérèse large, le pronostic est relativement favorable. Nous voudrions insister sur l'intérêt que présente pour le temps colique dans ces formes l'hémicolectomie droite étendue au transverse avec fermeture du segment distal au niveau de l'angle gauche et implantation Iléo-sigmoïdienne termino latérale, ce qui permet sans allonger sensiblement l'intervention, d'éviter une colostomie cutanée tout en pratiquant une suture qui présente toutes les garanties de sécurité, tissus bien vascularisés, pas de traction, suture en zone saine.

Les fistules duodénocoliques par extension d'un cancer du transverse droit :

Il est exceptionnel que le diagnostic soit envisagé avant l'intervention et, en règle, le problème se pose en per-opératoire devant l'envahissement postérieur au duodenum.

Soit l'exérèse partielle du duodenum est réalisable si la tumeur colique adhère au niveau de la paroi antéro latérale droite de D2 ou au niveau du genu inferius. Encore faut-il que la zone d'adhérence soit très limitée et que l'on puisse après exérèse limitée pratiquer une duodenoraphie de préférence transversale en tissu sain.

Soit force est de pratiquer une duodeno pancréatectomie céphalique (Gallagher) associée à une hémicolectomie droite.

Dans ces cas peut-être que l'Iléo-sigmoïdostomie serait préférable à l'Iléo transversostomie pratiquée par Gallagher dans deux cas, reportant la suture colique à distance des sutures jéjuno gastrique , biliaire et pancréatique nécessitées par la duodeno pancréatectomie céphalique.

Un traitement palliatif a été proposé dans ces formes : gastro jéjunostomie après artrectomie avec Iléo transversostomie après section de l'intestin et du colon transverse, avec anastomose colo Iléale pour éviter la stase colique droite (Gallagher)

Dans les formes rares ou la fistule duodeno colique est connue et entraîne diarrhée profuse, deshydratation, amé[illegible] ces il paraît indispensable d'intervenir en deux temps, le premier excluant la fistule : gastroentérostomie avec antrectomie et lléo transversostomie après section de l'iléon et du transverse (Longmire).

Les fistules gastrocoliques primitives non néoplasiques :

Nous avons en vue essentiellement les fistules primitives d'origine ulcéreuse.

Elles sont exceptionnelles bien que citées comme complication banale des ulcères de la partie horizontale de la grande courbure par Feldmann. En fait, les cas publiés ne dépassent pas la trentaine. En effet, l'ulcère doit, en pratique, siéger sur la portion antrale de la grande courbure pour pouvoir se perforer dans le colon transverse. Or, les ulcères de la grande courbure correspondent à 1 - 3 % des ulcères gastriques (De Witte) dont seulement 3 sur 10 environ siègent sur la portion antrale (Gutmann). Cependant, Firth et Unruth rapportent deux cas d'ulcère de la petite courbure perforés dans le transverse.

Citons l'existence de fistules duodeno coliques non néoplasiques dont quelques cas sont rapportés par Starzl, Dorr et Meyer en 1959, récemment B. Hammar en cite 17 cas après revue de la littérature avec des étiologies diverses, 7 d'origine ulcéreuse , 3 d'origine tuberculeuse imposant dans ces formes l'hémicolectomie droite associée à une suture duodénale. Les autres cas cités sont d'étiologie diverses : cholecystite, maladie de crohn, typhoïde, diverticule duodenal, ulcération colique.

Un problème particulier est celui des fistules gastro coliques par perforation d'un ulcère cancéreux de l'estomac dont deux cas viennent d'être publiés par Perrotin et Cachin qui, après une recherche bibliographique ne retrouvent que 6 autres observations seulement dans la littérature (Fontaine, Clément, Poirier, Backman et Rogers, Swartz,Bosien) Chatelin en a observé également deux :

Toutes ces observations ont en commun :

- l'absence d'antécédents ulcéreux
- l'apparition sous corticothérapie d'une dyspepsie vague bien loin du syndrome ulcéreux classique avec difficulté du diagnostic radiologique
- le passage du syndrome ulcéreux au syndrome de fistule gastrocolique est variable avec le plus souvent apparition brutale d'une recrudescence des douleurs et, parfois une hématémèse.
- puis apparition d'une diarrhée avec vomissements et éructations fécaloïdes entraînant une altération rapide de l'état général avec un amaigrissement important.
- radiologiquement, la fistule est en règle perméable dans les deux sens visible tant sur le transit gastroduodenal que sur le lavement baryté. (Les deux cas de Perrotin-Cachin) en tous cas toujours mise en évidence par le lavement baryté.

Le problème thérapeutique :

Quelque soit l'étiologie de la fistule gastrocolique, perforation d'un ulcère gastrique dans le colon transverse parfois favorisé par un traitement cortisonique (observation de Perrotin et Boudot, observation de Bosien), ou fistulisation d'un ulcère cortisonique, la conséquence en est le reflux colique dans l'estomac, responsable de diarrhée et d'altération importante de l'état général, ce qui rend l'indication opératoire impérieuse.

Les lésions anatomiques : l'ulcère siégeant sur la grande courbure antrale entraîne une importante sclérose rétractile, attirant le colon transverse par son bord mésentérique comme si la rétraction du méso colon transverse précédait l'attraction colique. L'aboutissant est la fistule, simple communication entre les lumières gastrique et colique. Parfois, le mécanisme est différent : il existe une poche intermédiaire empruntant un abcès enkyst entre la grande courbure et le

bord mésentérique du colon (Chatelin).

La tactique opératoire doit considérer les deux organes : le colon et l'estomac.

Pour l'estomac, l'intervention de choix est la gastrectomie. Cependant, dans les cas d'ulcère cortisonique, la possibilité de guérison après arrêt de la corticothérapie doit nuancer l'indication et la simple résection gastrique segmentaire enlevant l'ulcère doit pouvoir convenir dans certains cas.

Pour le colon, on a le choix entre la suture simple après excision des bords ou la résection segmentaire colique permettant une colorraphie immédiate. Dans les cas où l'orifice siège sur le bord méso colique rétracté et où la suture après excision des bords apparaît malaisée, si le nettoyage colique abouti à amoindrir une vascularisation directe et précise, il faut au moindre doute préférer une résection segmentaire permettant une suture colique de deux tranches saines et bien vascularisées.

Les fistules gastro jéjuno coliques par ulcère peptique :

Il s'agit d'une complication classique et grave de l'ulcère peptique post-opératoire qui pose de multiples problèmes, non seulement chirurgicaux mais également médicaux en raison des problèmes métaboliques qu'elles soulèvent par la dénutrition sévère qu'elles entraînent.

Le premier cas de fistule gastro jéjuno colique a été décrit en 1903 par Czerny. Rappelons que la première gastro entérostomie a été faite par Wölfler en 1881. Depuis, de nombreuses publications ont témoigné de l'intérêt de cette complication de l'ulcère peptique. Citons le mémoire de Loevy (J. Chir. en 1939), la publication de Hepp et Lagrange en 1950, de Cotinaud et de Mouchet en 1960. Les travaux américains surtout : Pfeiffer et Kent, Bolton, Lahey et Marshall, Mac Leod et Galloway, Wilkie. Citons enfin l'important mémoire de Kouriss et Xeros qui, en rapportent 34 cas (1963).

Un fait est certain c'est que la fréquence de l'ulcère peptique a considérablement diminué au cours des dernières 25 années et cela du fait de la substitution à la gastroentérostomie, de la chirurgie moderne de l'ulcère duodenal ou gastrique qu'il s'agisse de gastrectomie des 2/3 ou de dragstedt associé à une dérivation ou une antrectomie.

Dans l'ensemble, selon les grandes statistiques, le taux d'ulcère peptique après gastro entérostomie est de 10 à 15 %alors qu'après chirurgie type dragstedt avec dérivation ou gastrectomie, le pourcentage serait de 0,50 à 2 %. Cependant, dans le rapport du 60e congrès français de chirurgie (1958), Perrotin et Hollender relèvent dans la littérature des 20 dernières années des statistiques avec un pourcentage d'ulcères peptiques allant jusqu'à 9,10 et même 11 % et invoquent pour ces derniers cas des fautes techniques : vagotomie incomplète, gastrectomie trop limitée, moignon duodenal long et mobile.

L'apparition et la connaissance du syndrome de Zollinger et Ellison vient éclairer la pathogénie de certains ulcères peptiques récidivants véritablement malins qui apparaissent en dehors de toute faute technique après traitement chirurgical d'un ulcère duodenal.

Les fistules gastrojéjuno coliques sont peu fréquentes, surtout depuis que la gastro entérostomie a été abandonnée dans le traitement de l'ulcère gastro duodenal. Cependant, elles existent toujours du fait :

- que certains ulcères peptiques peuvent se développer tardivement après une période d'accalmie pouvant aller jusqu'à 30 - 35 ans.
- que l'ulcère peptique se voit cependant après gastrectomie.
- enfin que le syndrome de Zollinger-Ellison est susceptible de se compliquer d'une fistule gastro jéjuno colique bien que nous n'en ayons retrouvé aucun cas.

Les chiffres rapportés mettent en évidence la rareté de la fistule gastro-jejuno colique après gastrectomie : Perrotin et Hollender en citent 9 cas su 194 ulcères après gastrectomie , Chalnot et Grosdidier citent 3 cas sur 21, Fontaine 1 cas sur 9, Kourias et Xeros 6 sur 91, au total le pourcentage moyen est d'environ 0,5 à 1 % des ulcères peptiques après gastrectomie. Au contraire, le fistules gastro jejuno coliques compliquant un ulcère peptique après gastro entérostomie sont fréquentes. Le pourcentage variant entre 8 et 70 % : Lahey 11 %, Lowdon 22 %, Fontaine 15 %. La complication ne survient bien sûr qu'en cas d'anastomose rétrocolique. Cependant, Kourias et Xeros en ont observé 3 cas après anastomose précolique dont 1 cas après gastrectomie.

Enfin Gray et Charpe rapportent 1 cas, Aird également, de fistule gastro-colique après gastrectomie avec anastomose gastroduodenale.

Sur le plan anatomopathologique, la fistule siège en règle sur l'anse afférente exceptionnelement entre l'anse afférente et le colon. Elle est en règle unique. Ce qui est le plus intéressant concerne la dimension de la fistule et son trajet. En effet, l'on conçoit que la symptomatologie et le retentissement de cette fistule dépendent de sa taille qui peut varier entre quelques millimètres et atteindre jusqu'à 7 cm de diamètre(Kourias et Xeros). Des études histologiques publiées par Lowdon ont pu mettre en évidence la présence de trajets épithlialisés plus ou moins longs pouvant atteindre 3 à 4 centimètres et probablement liés à la présence d'un abcès chronique secondairement perforé dans le colon.

La symptomatologie et l'aspect clinique vont retenir toute notre attention car c'est de là que découle la compréhension physiopathologique du fonctionnement et du retentissement sur l'état général de ces fistules et partant des possibilités thérapeutiques.

Le symptôme le plus fréquent est la diarrhée asociée a un amaigrissement souvent important.

- L'altération de l'état général avec amaigrissement est noté par tous les auteurs (Kouriaset Xeros, plus de 80 % des cas, Barber statistique de la Mayo clinique, également 80 % des cas). L'amaigrissement peut être très important se chiffrant en dizaine de kilos et s'associant à un syndrome carentiel avec anémie,hypoprotidémie avec parfois même oedèmes.

- La diarrhée est pratiquement constante également plus ou moins importante pouvant atteindre 8 à 10 selles par jour (sur 21 malades, Marshall et Knud-Hansen notent que 50 % ont 8 selles par jour et plus).

- Un facteur aggravant non négligeable est la diarrhée de décubitus (Malade de Hepp) ce qui peut compliquer considérablement la réanimation.

- Les vomissements se voient selon les auteurs dans 30 à 50 % des cas. Il s'agit en règle de vomissements fécaloïdes, ils aggravent encore la dénutrition.

- Les éructations gazeuses fétides sont caractéristiques, tel ce malade rapporté par Hepp "qui s'il émettait une éructation au moment où il allumait sa cigarette celle-ci s'enflammait soudain avec un caractère explosif".

- Les hémorragies sont citées dans 15 % des cas par Marshall.

- Les douleurs classiquement disparaissent lorsque la fistule se constitue. Cependant, Marshall et Knud-Hansen de même que Kourias et Xeros affirment que la moitié des malades continuent à souffrir.

Certes, il est des cas où le diagnostic est moins évident lorsque la fistule gastro jejuno colique est petite, récente, avec clapet empêchant les gaz et matières coliques de refluer dans l'estomac. Dans ces formes, le diagnostic pré-opératoire n'est généralement pas fait et il s'agit d'une découverte opératoire.

- L'examen radiologique met en évidence le fonctionnement de la fistule dans le sens colon estomac. En effet, si le lavement baryté montre pratiquement toujours la fistule, le repos baryté ne la met en évidence que dans 20 à 40 % des cas selon les auteurs.

- Le problème thérapeutique :

L'idéal certes, consiste en la dégastro gastrectomie avec colectomie segmentaire et colonaphie immédiate, intervention en un temps. Mais il s'agit dans tous les cas d'une intervention longue et difficile et qui ne se conçoit que sur des malades bien préparés.

Or, sur le plan clinique, la présence d'une fistule gastro jéjuno colique modifie considérablement le tableau de l'ulcère peptique. En effet, si souvent le malade ne souffre plus, il présente par contre un état de dénutrition avec diarrhée parfois encore aggravée par le décubitus qui va interdire, malgré une réanimation intensive et bien conduite une intervention majeure. D'où l'intérêt qui s'attache à la connaissance physiopathologique du fonctionnement de ces fistules pour pouvoir bloquer par une intervention simple et rapide la diarrhée et la dénutrition.

L'explication des troubles se fait par le reflux colique dans l'estomac, celui-ci est certain, prouvé par l'examen radiologique : constance de la mise en évidence de la fistule par le lavement baryté. Certains troubles cliniques tels les vomissements fécaloïdes et les éructationsgazeuses sont à l'évidence des conséquences de ce reflux, de même, on explique la disparition des douleurs ulcéreuses par l'effet neutralisant du contenu colique sur l'acidité gastrique. Mais les troubles les plus préoccupants sont la diarrhée et la dénutrition. Botton et Trotter, en 1920 sont les premiers à mettre en évidence la relation entre diarrhée et reflux colique.

L'expérimentation animale conduite par Renshaw, Templeton et Kiskaddon en 1946, a montré que la constitution d'une fistule gastro colique entraînait un reflux colique alors que les aliments n'empruntaient pas la fistule.

Ce reflux colique septique entraîne une gastro jejunitéequi va s'aggravant et se traduit par :

- un hyperpéristaltisme imporant, Pfeiffer signale le cas d'un patient qui

présentait un transit du grêle se faisant en trois minutes.

- une altération de la muqueuse digestive intestinale avec gastrite et jéjunite intense que Lowdon retrouve chez tous ses patients.

- Enfin, d'importants troubles de l'absorption intestinale ainsi, la diarrhée s'explique par l'hyperpéristaltisme jéjunal et n'est jamais la conséquence d'un passage direct gastro colique. De même, la dénutrition souvent aggravée par la diarrhée et les vomissements éventuels est la conséquence directe des troubles d'absorption de la muqueuse intestinale.

Au total, devant un malade dénutri, diarrhéique qu'une réanimation bien conduite ne remonte pas rapidement, l'intervention en un temps paraît présenter un risque non négligeable (mortalité de Kouriaset Keros qui préconisent l'intervention systématique en un temps : 23,5 %). Le problème est d'empêcher le reflux colo-gastrique donc, de dériver le contenu colique.

On a préconisé :

1) La jejunostomie (Lahey 1935).

Celle-ci cependant est une solution peu satisfaisante.

2) La colostomie transverse d'amont doit lui être préférée (Pfeiffer et Kent 1939) dont l'effet est en règle spectaculaire. Les auteurs l'ont pratiqués 15 fois. L'amélioration clinique a toujours été importante et entre 2 et 12 semaines plus tard, la dégastro gastrectomie avec jejuno jejunostomie, gastrectomie et suture colique a pu être pratiqué dans des conditions favorables.

Il nous faut cependant rapporter l'observation publiée par Courinaud où un anus de dérivation sous angulo colique droit entraînant certainement une dérivation incomplète n'a pas amené l'amélioration clinique espérée et a nécessité une seconde intervention d'exclusion colique.

Enfin un argument non négligeable est l'inconfort de la colostomie, même si celle-ci n'est que temporaire.

3) L'iléo-sigmoïdostomie a été proposée par Lohey en 1943 et défendue par Mac Leod et Galloway en 1957.

Lahey et Marshall pratiquaient l'intervention en sectionnant l'Iléon terminal à 15 cm de la valvule de Bauhin et l'anastomosaient au colon descendant en latero latéral et en antépéristaltique. On conçoit que le cul de sac Iléal antépéristaltique puisse être source d'ennuis post-opératoires.

Mac Leod et Galloway faisaient l'anastomose en latéro latérale et iso péristaltique et, également dans les observations rapportées, des complications liées à la dilatation du cul de sac Iléal sont venues jeter le discrédit sur cette intervention. Cependant, dans tous les cas ou l'Iléo-sigmoïdostomie a été pratiquée, les auteurs ont noté une amélioration nette avec disparition de la diarrhée et reprise spectaculaire de l'état général à tel point qu'ils discutent de l'utilité de la réintervention pour gastrectomie. Il est à noter, d'autre part, que 4 fois ces auteurs ont, au cours de la réintervention pour degastro gastrectomie, fermé la fistule colique et laissé en place le colon droit, Ces malades ont été suivis, ont présentés une diarrhée peu importante (4 selles par jour) et ont été étudiés par lavement baryté. Les auteurs déclarent que certes il existe de la stase au niveau du coecum et du colon ascendant, mais pas de distension ni même véritablement de stagnation car le transit se fait dans les deux sens.

Il semble cependant que le fait de laisser le colon en place avec une anastomose Iléo-sigmoïdienne risque, à long terme, d'entraîner par stase des troubles au niveau du coecum et du colon droit.

4) L'exclusion colique consistant à sectionner le colon transverse de part et d'autre de la fistule gastro colique avec anastomose bout à bout immédiate du colon en laissant en place la fistule, est une intervention palliative proposée par Wilkie en 1934.

Couinaud, en 1959 en rapporte une observation. Son malade présentait un

état de dénutrition et une diarrhée interdisant la dégastro gastrectomie. Un anus sous angulo colique drroit d'abord pratiqué se révèle insuffisant du fait, probablement d'une dérivation incomplète des matières. L'exclusion colique s'est révélée bénéfique puisque six mois plus tard chez un patient en bon état général, la degastro gastrectomie a pu être pratiquée.

Cette intervention présente l'intérêt d'éviter l'anus de dérivation, mais n'est certainement possible qu'en cas de fistule petite avec une rétraction modérée du meso colon. Certes, la dérivation est complète mais l'on peut craindre que le voisinage de la fistule en place et de la suture colique risque d'entraîner une récidive rapide avec risque même de fistule cutanée.

Au total, dans les ulcères peptiques avec fistule gastro jejuno colique, l'idéal consiste après réanimation permettant d'intervenir sur un patient en bon état général, de pratiquer une dégastro gastrectomie immédiate avec en règle colorraphie d'une petite fistule colique après excision des bords.

Parfois, la pièce opératoire comporte en bloc manchette gastrique, anse jejunale, segment colique. Dans la mesure du possible, la continuité colique est rétablie immédiatement par une anastomose termino terminale. Cependant, si la résection colique s'est avérée importante, s'il existe le moindre soupçon d'une mauvaise vascularisation d'un bout colique, la moindre traction, l'hémicolectomie droite n'allonge que peu l'intervention avec rétablissement de la continuité digestive par implantation Iléo-sigmoïdienne.

Dans les rares cas correspondant probablement à une importante fistule colique où la diarrhée et la dénutrition empêchent une intervention importante et difficile, la sécurité impose une intervention de dérivation colique qui se doit d'être rapide et sans risques, et ne pas compliquer la dégastro gastrectomie secondaire qui s'impose toujours. Dans cette optique, l'Iléo-sigmoïdostomie termino latéral mérite la discussion avec un anus sous angulo colique droit.

Elle donne une dérivation colique satisfaisante se présentant comme une intervention rapide et sans risque, de plus, évitant l'abord de l'étage sus méso colique, elle ne compliquera pas l'intervention secondaire mais son corollaire est l'hémicolectomie droite au cours du second temps ; mais hémicolectomie droite probablement nécessaire devant l'importance de la fistule colique. D'autre part, on peut lui reprocher d'être insuffisante pour dériver la fistule car laissant persister un reflux colique. Cependant, il faut insister sur le fait qu'actuellement le problème de la réanimation d'un malade porteur d'une fistule gastro jéjuno colique ne se pose qu'exceptionnellement et que l'intervention en un temps avec résection partielle d'un segment colique, voire même la suture simple de la perforation colique est la méthode le plus souvent employée.

C) FISTULES DU COLON TRANSVERSE ET PANCREATITES :

Nous sommes surpris du peu de cas rapportés dans la littérature de fistules du colon transverse compliquant une pancréatite aiguë et de la rareté des travaux consacrés à ce sujet. Une revue récente de la littérature n'en retrouve que 18 cas (Berne et Edmonson).

Sur ces 18 cas, la mortalité est de 50 %. Sur les 9 malades décédés, 5 fois la fistule est découverte à l'autopsie, chez des sujets morts d'hémorragie digestive au cours d'une pancréatite aiguë hémorragique.

Une fois, le décès est survenu secondairement. Observation rapportée par Berne et Edmonson : Homme de 66 ans présentant un syndrome douloureux épigastrique fébrile, apparition d'une masse douloureuse de l'hypocondre gauche. Un lavement baryté objective une fistule colique du transverse gauche. Intervention après un moelena important : drainage d'un pseudo kyste et résection segmentaire colique avec colorraphie immédiate. Décès 15 jours plus tard par syndrome hémorragique par le drain accompagné de moelena. Il est probable qu'une récidive de la fistule ou un lachage

Elle donne une dérivation colique satisfaisante se présentant comme une intervention rapide et sans risque, de plus, évitant l'abord de l'étage sus méso colique, elle ne compliquera pas l'intervention secondaire mais son corollaire est l'hémicolectomie droite au cours du second temps ; mais hémicolectomie droite probablement nécessaire devant l'importance de la fistule colique. D'autre part, on peut lui reprocher d'être insuffisante pour dériver la fistule car laissant persister un reflux colique. Cependant, il faut insister sur le fait qu'actuellement le problème de la réanimation d'un malade porteur d'une fistule gastro jéjuno colique ne se pose qu'exceptionnellement et que l'intervention en un temps avec résection partielle d'un segment colique, voire même la suture simple de la perforation colique est la méthode le plus souvent employée.

C) FISTULES DU COLON TRANSVERSE ET PANCREATITES :

Nous sommes surpris du peu de cas rapportés dans la littérature de fistules du colon transverse compliquant une pancréatite aiguë et de la rareté des travaux consacrés à ce sujet. Une revue récente de la littérature n'en retrouve que 18 cas (Berne et Edmonson).

Sur ces 18 cas, la mortalité est de 50 %. Sur les 9 malades décédés, 5 fois la fistule est découverte à l'autopsie, chez des sujets morts d'hémorragie digestive au cours d'une pancréatite aiguë hémorragique.

Une fois, le décès est survenu secondairement. Observation rapportée par Berne et Edmonson : Homme de 66 ans présentant un syndrome douloureux épigastrique fébrile, apparition d'une masse douloureuse de l'hypocondre gauche. Un lavement baryté objective une fistule colique du transverse gauche. Intervention après un moelena important : drainage d'un pseudo kyste et résection segmentaire colique avec colorraphie immédiate. Décès 15 jours plus tard par syndrome hémorragique par le drain accompagné de moelena. Il est probable qu'une récidive de la fistule ou un lachage

de la suture soit responsable de la reprise hémorragique.

Une fois, le décès est survenu après lavement baryté chez un sujet présentant une pancréatite aiguë récidivante avec moelena. L'intervention découvre une collection nécrotique et de la baryte en quantité abondante dans la cavité péritonéale. On se contente de drainer.

Sur les deux autres malades décédés, l'un est mort après colostomie d'amont pour occlusion colique après pancréatite, la fistule étant une découverte d'autopsie, l'autre après une intervention exploratrice pour tumeur de l'hypocondre gauche prise pour un cancer jugé inopérable, l'autopsie permettant le diagnostic et découvrant la fistule.

Les autres cas correspondant à une guérison sont des découvertes opératoires au cours du traitement chirurgical d'un faux kyste pancréatique. Le problème colique a toujours été simple. La guérison acquise par simple suture dans l'observation de Cattell et Warren, voire même spontanément après drainage (observations de Grimoud de Bockers).

Une observation rapportée par Lerner, Zuflercht et Zola concerne une fistule gastro colique spontanée après pancréatite aigüe. Cette fistule a été mise en évidence par lavement baryté pratiqué deux mois après une poussée de pancréatite spontanément résolutive sous aspiration, réanimation et antienzymes. Le traitement a consisté en une gastrectomie limitée et une colectomie segmentaire.

Nous avons réunis quatre observations de fistules du colon transverse après pancréatites, dans ces quatre formes, la fistulisation apparaît comme secondaire à l'évolution d'un foyer nécrotique abcédé.

Une observation est particulièrement instructive et pose divers problèmes :

- celui de l'intérêt du traitement médical précoce qui va permettre la survie du malade.
- celui de l'intérêt sous Iniprol d'une action chirurgicale sur la nécrose pancréatique.

- enfin et surtout pose le problème propre de la complication colique.

Obs. 24 - Nord-Africain - 46 ans hospitalisé le 5 Août 1962 pour pancréatite aiguë hémorragique. Il s'agit d'un malade anciennement gastrectomisé présentant un syndrome abdominal aiguë douloureux du creux épigastrique avec agitation. Pas de pneumopéritoine ni d'images d'occlusion avec niveaux liquides à la radiographie de l'abdomen sans préparation. Malgré l'amylasémie normale (50 unités somogyi), le tableau clinique est suffisamment évocateur et le malade est traité par les anti-enzymes. Malgré ceux-ci, l'état reste alarmant et l'on intervient le 4e jour.

- gros kyste hématique de la tête du pancréas qu'on ouvre et dont on extrait des fragments pancréatiques nécrotiques, Mickulicz et Redon dans la cavité, cholecystostomie.

Au 11e jour : apparition d'une fistule colique.

Au 32e jour : devant la fièvre et l'aspect de la plaie largement ouverte et fistulisée, intervention de propreté :

- Excision de la cicatrice et de la fistule, on tombe d'emblée, au milieu d'adhérences importantes, sur un gros abcès qui communique avec la région pancréatique. Les séquestres sont enlevés pour la plus grande partie. Le colon est fistulisé avec une muqueuse éversée en deux endroits, ces deux orifices sont transformés en un seul et fixés à la paroi par points séparés de lin.

Iléostomie le 40e jour en raison de l'état trop nécrotique de la colostomie. Amélioration lente, il n'y a pas ensuite eu de fistule pancréatique, ni de dénutrition et sans traitement la glycémie est normale.

Au 4e mois, le rétablissement de la continuité digestive a pu être envisagé.

C.R.O. : 6. 12. 1962 :

- Libération de l'Iléostomie

- Médiane par l'ancienne cicatrice agrandie vers le bas, libération d'adhérences grêles et dissection du colon droit, puis du transverse jusqu'à la fistule. Hémicolectomie droite - fermeture du bout transverse distal. Le colon est bien vascularisé mais on préfère, étant donné l'état inflammatoire de la région, pratiquer une anatomose Iléo-sigmoïdienne.

- Cholecystectomie.

Cette observation :

- met en évidence l'intérêt du traitment précoce des pancréatites par l'iniprol qui va permettre une intervention chirurgicale rapide permettant d'éliminer une nécrose pancréatique importante et de drainer la loge. Il est probable que, sans ce traitement médico chirurgical, ce malade n'aurait pas survécu.

- pose le problème étiologique et thérapeutique de la fistule colique.

- Celle-ci est apparue le 11e jour sous traitement et après une intervention de drainage et dévacuation de débris nécrotiques pratiquée au 5e jour. Elle est certainement secondaire à la nécrose pancréatique extensive et certainement favorisée par l'intervention de drainage. Nous pensons que sans ce traitement, ou bien le malade serait mort rapidement et n'aurait pu constituer une fistule colique, ou bien celle-ci serait survenue compliquant un phlegmon sous hépatique chez un malade suppurant et cachectique. Et il est possible que des complications à type de fistulisation digestive, en particulier colique, voient leur fréquence augmenter dans ces formes de pancréatites aigües avec nécrose, fistulisation, probablement favorisée par le traitement médico chirurgical.

- Le problème thérapeutique :

La fistule est apparue le 11e jour chez un sujet fébrile et présentant une plaie largement ouverte. A ce moment se posait en priorité le problème du drainage

et de l'élimination de la nécrose pancréatique et la mise du colon fistulisé à la peau était le geste qui s'imposait. Une semaine plus tard, une Iléostomie terminale a été pratiquée devant l'aspect peu satisfaisant de la colostomie car à ce moment, aucun geste n'était possible directement au niveau du colon.

Quelques mois plus tard, l'état général permettait d'envisager le rétablissement de la continuité digestive. Nous pensons que tout essai de réparation de la fistule colique était voué à l'échec, de même qu'une résection limitée même sous couvert de l'Iléostomie, outre qu'elle imposait un autre temps de réparation laissait planer un risque non négligeable et la sécurité a été de pratiquer une résection large du transverse et du colon droit jusqu'à l'iléostomie. Le rétablissement de la continuité digestive par implantation Iléo-sigmoïdienne avec fermeture du segment distal du transverse a permis de reporter la suture à distance en zone saine. Les suites opératoires ont été simples et le malade actuellement se porte bien.

Une observation met en évidence le danger d'une suture digestive au niveau d'un foyer de nécrose pancréatique :

Obs. 25 - Nord-Africain de 44 ans hospitalisé le 12. 4. 1966 pour syndrome abdominal épigastrique aigü. Il avait été opéré en 1958 (Pr Léger) pour pancréatite chronique et avait subi une pancréatectomie caudale avec splénectomie.

Après 24 heures d'aspiration digestive et traitement aux anti-enzyme (l'amylasémie était à 56 U S), le malade est opéré et l'on découvre un abcès sous hépatique par ulcère perforé au niveau de la face antérieure de D1. Une gastrectomie des 2/3 est pratiquée avec anastomose gastro jéjunale type Polya.-Finsterer en rétro méso colique.

Au 8e jour, apparition de douleurs abdominales avec poussée fébrile à 39° et écoulement sanglant et purulent par l'orifice de drainage. Réintervention le 10e jour, on découvre une pancréatite aiguë nécrotique avec une collection sous hépatique

à droite avec une petite fuite de l'anastomose gastro jejunale et surtout à gauche une importante collection purulente avec matières liée à une nécrose au niveau du transverse gauche, en amont le colon droit est mou et distendu. Dans ces conditions on pratique une colectomie emportant le colon droit et transverse jusqu'à l'angle gauche, une implantation Iléo-sigmoïdienne est pratiquée d'emblée, d'autre part, une recoupe gastrique et jejunale est nécessaire, la réfection de la gastrectomie se faisant en Finsterer. Malheureusement, les suites sont marquées par un collopsus et le décès survient cinq jours plus tard après une hémorragie digestive.

A l'autopsie, il existait une importante nécrose pancréatique au niveau de la tête avec un lachage complet de l'anastomose gastro jejunale. La suture jejuno colique et la suture du segment distal du colon transverse sont en parfait état.

Dans cette observation, la réintervention a découvert deux ordres de lésions :

- d'une part, un lachage de suture au niveau de la gastrojejunostomie.
- d'autre part, une pancréatite aigüe du niveau de la tête pancréatique restante avec lésions nécrotiques s'étendant au colon transverse et, en particulier, au transverse gauche qui était fistulisé.

Dans cette observation, le problème colique a pu être résolu par une chirurgie d'exérèse emportant tout le colon transverse et le colon droit, d'autant plus que celui-ci était distendu. L'implantation Iléo-sigmoïdienne rapidement réalisée a reporté la suture à distance en zone saine. Malheureusement, l'évolutivité de la pancréatite et surtout le lachage de l'anastomose gastro jéjunale au contact du foyer pathologique a été responsable du décès du malade.

Les deux autres observations correspondent à des faux kystes du pancréas fistulisés dans le colon transverse. Dans ces formes se pose surtout le problème du drainage de ce faux kyste, nous n'en envisagerons pas les modalités. Pour le problème colique, seul l'état du colon au niveau de la fistule guide la tactique chirurgicale :

dans un cas, une suture simple a été suffisante,(obs. 27), dans le second, (obs.26), la fistule colique siégeait à la face postérieure et supérieure du transverse droit dont la paroi était très altérée. Une hémicolectomie droite avec Iléo transversostomie a été pratiquée.

Ainsi, la fistulisation colique compliquant une pancréatite aigüe peut prendre schématiquement deux aspects différents selon la date de survenue :

1) soit tardive (obs. 26 - 27), il s'agit là d'une forme de pancréatite de moyenne gravité. Si le diagnostic a été porté au cours de la crise initiale, le traitement médical, remarquablement efficace, a entraîné une guérison apparente et c'est tardivement dans le cadre du diagnostic d'un faux kyste du pancréas que peut se poser le problème d'une fistulisation colique ou bien la pancréatite initiale est passée inaperçue et le problème diagnostique est celui du faux kyste.

Cliniquement, le diagnostique est difficile surtout si l'on n'a pas la notion d'une crise de pancréatite aigüe dans les antécédents. La symptomatologie est faites de symptômes non spécifiques digestifs ou biliaires qui va entraîner des examens complémentaires : le repas baryté qui va mettre en évidence le refoulement gastrique ou l'élargissement du cadre duodenal parfois, ce qui oriente fortement le diagnostic si le faux kyste est palpable sous forme d'une masse plus ou moins bien limitée fixée dans le creux épigastrique.

Il nous faut insister sur l'intérêt du lavement baryté pour mettre en évidence une éventuelle fistule colique. Mais celle-ci n'est pas toujours visualisée.

Certains symptômes méritent une individualisation du fait de leur signification :

- la fièvre associée parfois a une atteinte accélérée de l'état général doit faire craindre la surinfection du kyste.

- l'hémorragie digestive qui n'est pas forcément contemporaine de l'installation de la fistule et qui risque de se reproduire.

Au total, cliniquement le diagnostic du fistule du transverse n'est pratiquement jamais fait et il s'agit d'une découverte opératoire venant compliquer le traitement d'un faux kyste pancréatique.

Mode de constitution de cette fistule, facteur favorisant qu'est l'infection :

Les lésions de pancréatite aigüe, celles de pancréatite chronique qui leur servent de support et les nécroses qui les compliquent sont strictement aseptiques. Dans les pseudo-kystes nécrotiques à contenu hématique puriforme,, les examens cytologiques et bactériologiques systématiques (Mercadier), montrent parfois des leucocytes altérés, mais jamais de germes. Par contre, la moindre surinfection à ce niveau va trouver un milieu de culture des plus favorables. C'est par infection secondaire que va se constituer un abcès péripancréatique qui va tendre à se fistuliser dans un organe de voisinage en l'occurrence le colon.

Considérations thérapeutiques :

Nous n'envisagerons pas le problème thérapeutique des faux kystes pancréatiques mais de la complication à type de fistule colique.

On ne peut considérer cette fistule comme un mode de guérison par un mécanisme analogue à une kysto anastomose digestive ; ceci pourrait se discuter avec un organe tel l'estomac ou le duodenum;car avec le colon, la fistulisation ne peut qu'être facteur d'aggravation :

- du fait de la haute septicité du contenu colique

- du fait de la pression qui règne au niveau du colon et du risque de passage du contenu colique vers le faux kyste abcédé.

- d'autre part, le fait même de cette fistulisation spontanée implique la surinfection de ce faux kyste et impose donc une intervention de drainage.

- du fait du risque hémorragique

Ainsi, on est amené en règle à pratiquer l'élimination du sphacele et du pu contenu par le faux kyste et à avoir une action directe sur la fistule colique.

- La suture simple :

Elle nécessite, pour être pratiquable, un orifice pylctiforme d'aspect relativement sain. Les conditions d'une suture simple sont d'autant plus difficiles à réunir que le siège de la fistule est en pratique postérieur près du bord mésentérique et le transverse du fait de l'adhérence du ligament gastro colique se prête mal, en général, à une suture sur sa face postero supérieure. D'autre part, elle laisse planer le risque de récidive en cas de reprise évolutive de la pancréatite. Cependant, lorsque les conditions anatomiques sont satisfaisantes, elle constitue un geste simple (obs. 27). Son avantage est qu'elle ne nécessite pas la ligature de l'arcade de Riolan et ne compromet pas la vascularisation colique.

- La résection segmentaire se présente dans de mauvaises conditions. Au contact de tissuslardacés et infectés, le colon transverse ne présente pas un aspect suffisamment sain pour une suture immédiate sans danger. D'autre part, le méso colon formant souvent le plancher du faux kyste, il est infiltré et rétracté de même que le ligament gastro colique, ce qui nécessite pour obtenir d'abord des bouts coliques bien vascularisés et sains, une résection assez large et ensuite pour obtenir une suture sans traction, un décollement de l'angle droit parfois de l'angle gauche. Ainsi cette résection segmentaire ne paraît jamais facile et, de plus laisse une suture au contact du foyer pancréatique. Pratiquer une résection segmentaire avec colorraphie immédiate présente, dans ces conditions, le maximum de chances de lâchage de suture.

C'est pourquoi nous préconisons d'élargir la résection du transverse au colon droit, ce qui n'allonge pas l'intervention de manière appréciable. De plus, nous pensons que l'Iléo transversostomie reportée sur le colon transverse gauche laisse planer un risque vasculaire sur la tranche colique si le segment transverse est long ou bien rend la suture difficile lorsque l'on est proche de l'angle gauche. C'est dans ces formes que l'Iléo-sigmoïdostomie termino latérale avec fermeture du

bout colique transverse près de l'angle gauche, présente une de ses meilleures indications car, d'autre part, la suture se fait à distance loin des lésions.

Parfois, l'état général est tel qu'il est nécessaire de pratiquer le minima au niveau du colon. La fistule peut toujours être extériorisée en anus transverse, ce qui reporte à un temps ultérieur le problème du rétablissement de la continuité digestive. Dans ces conditions, tout essai de réparation à minima in situ est voué à récidive et l'hémicolectomie droite prolongée au transverse avec implantation Iléo-sigmoïdienne est une manière simple et sûre de résoudre le problème.

2) Soit précoce

La complication survenant dans les 15 jours environ après la poussée aigûe de pancréatite (11 jours obs. 24 - la complication est découverte au cours de la réintervention pour pancréatite (dans l'observation 25). Il s'agit d'une complication gravissime cas compliquant en règle des formes graves de pancréatites qui survivent au début de l'affection grâce à un traitement précoce par les anty-enzymes, associé à une réanimation intensive. Il s'agit de formes avec nécrose pancréatique notable mais celle-ci ne peut expliquer l'atteinte du colon transverse et l'on est amené à envisager un facteur vasculaire. Ceci est particulièrement net dans l'observation 25. Soit atteinte directe de vaisseaux pancréatiques à destinée colique par un mécanisme à type de digestion trypsique, soit plutôt par thrombose veineuse ou artérielle.

Nous avons vu que la vascularisation du transverse pouvait, dans certains cas, dépendre étroitement des artères pancréatiques - soit artères pancréatiques à destinée transverse, soit artère colique supérieure droite naissant directement de la pancréatique dorsale, voire même colique supérieure gauche.

Le risque de survenue d'une telle complication pour peu fréquente qu'elle soit, est un argument en faveur de l'intervention relativement précoce permise par

le traitement aux anti-enzymes. En effet, le problème se pose devant une forme avec nécrose pancréatique importante mais limitée à un large segment du pancréas (formes moyennes de Mercadier). Le traitement précoce combattant l'hypovolémie par une réanimation intensive associée à des doses massives d'anti-enzymes vient à bout du choc initial et semble arracher les sujets à une mort qui semblait inéluctable. Mais ce traitement est inactif sur la nécrose pancréatique constituée et ne peut empêcher les complications liées à celle-ci : Séquestration avec risque de suppuration, collections pseudo-kystiques, enfin plaies vasculaires et fistules internes, en particulier, colique.

Nous pensons qu'il ne faut pas attendre trop longtemps dans ces formes et la fièvre qui s'allume, le transit digestif qui ne reprend pas, l'état général qui reste altéré, sont autant d'éléments en faveur de l'intervention.

Dans l'observation (24), la fistule colique est survenue après l'intervention d'exérèse des tissus sphacélés pratiquée au 4e jour, au sein d'une vaste plaie nécrotique drainée par Mickuliez apparaît 5 jours plus tard une fistule colique transverse. Celle-ci drainée vers l'extérieur n'a pas aggravé les lésions et les interventions successives de drainages ont permis d'attendre le moment opportun pour envisager le traitement propre de la complication colique. De même, dans l'observation (25) , la réintervention rapide a pu mettre en évidence la nécrose colique qui, sans cela serait passée inaperçue.

Ainsi, au total :

- Les fistules coliques au cours des pancréatites aigües apparaissant à une phase précoce de l'évolution, compliquent des formes nécrotiques graves et sont probablement duent à des lésions vasculaires.

- leur risque de survenue est un argument supplémentaire pour l'intervention précoce devant le moindre signe clinique d'alarme d'une pancréatite aigüe

hémorragique qui sous traitement ne s'améliore pas nettement en quatre ou cinq jours et à fortiori s'il existe une aggravation clinique à ce moment.

Il faut insister sur le risque hémorragique grave. Nous n'avons pas observé de formes avec moelena. Mais la revue de la littérature montre la fréquence du moelena dans les formes à fistule d'apparaition précoce au cours de l'évolution de la pancréatite aigüe, cette hémorragie étant le plus souvent la cause du décès.

Le problème thérapeutique nous paraît simple.

- Ou bien la lésion est limitée à une portion courte du transverse et le plus raisonnable est de l'extérioriser, encore que la proximité d'un anus fécal et du drainage d'une loge de nécrose pancréatique puisse faire craindre pour la vitalité colique. Au moindre doute, une Iléostomie terminale d'exclusion va permettre d'attendre une amélioration de l'état général pour proposer l'hémicolectomie droite prolongée au transverse avec implantation Iléo-signoïdienne.

- Ou bien, les lésions coliques transverses sont étendues ou se prolongent à gauche empêchant l'extériorisation facile des lésions coliques. Dans ce cas, nous pensons que s'impose l'hémicolectomie droite prolongée au transverse car n'apparaissant pas comme allongeant beaucoup l'intervention et donnant certainement une sécurité plus grande qu'une résection segmentaire avec mises des deux bouts coliques à la peau, ce qui peut s'avérer difficile, surtout pour le segment distal et qui laisse en place un segment colique d'amont dilaté.

La fermeture du segment distal colique au ras de l'angle gauche se fait en règle en zone vascularisée et ne présente pas de difficultés majeures et l'implantation Iléo-signoïdeenne ne présente aucun risque et évite la présence d'un anus au contact du foyer pancréatique

) LES PLAIES DU TRANSVERSE :

Le transverse plutôt masqué que protégé par le ligament gastro colique et le grand épiploon, doit être systématiquement exploré par une voie d'abord suffisante au cours d'une plaie abdominale par arme blanche ou balle. Au moindre doute, un décollement coloépiploïque est nécessaire avant d'affirmer l'intégrité colique.

D'autre part, en cas de lésion vasculaire au niveau du méso colon, une exploration attentive du colon transverse droit s'impose avec au moindre doute vasculaire, la nécessité d'une résection. L'observation suivante met en évidence le risque que représente une section de la colique supérieure droite :

Obs. 30 : plaie de l'abdomen par arme blanche avec éviscération. Plaie du transverse sur son bord libre - suture. Plaie du méso colon droit avec section de la colique supérieure droite. Ligature des deux bouts. Réintervention cinq jours plus tard pour péritonite. On découvre un aspect sphacélique du transverse à sa partie moyenne et droite avec une fuite au niveau de la suture.

) NOUS NE FERONS QUE CITER CERTAINES AFFECTIONS du transverse rares et ne posant pas un problème de tactique chirurgicale.

- Le volvulus du colon transverse dont il existe environ 50 cas publiés

- Le schwannome du colon transverse dont un cas est rapporté par Lamy Bricot et Bureau. Enorme schwannome avec extension ganglionnaire de la partie moyenne du transverse imposant une hémicolectomie droite élargie à l'angle gauche avec anastomose iléocolique après mobilisation du descendant. Survie de trois ans. Décès par métastases hépatiques.

- La tuberculose du transverse serait susceptible de guérir par traitement médical mais le diagnostic est rarement fait avant la laparatomie. Même à ventre ouvert, le diagnostic est difficile, orienté peut-être par la plurifocalité des lésions. L'association possible d'une néoplasme fait que l'exérèse le plus souvent pratiquée,

paraît licite d'autant plus qu'elle permet un diagnostic histologique et un complément thérapeutique médical.

- Citons les fistules réno coliques où le problème est lié à l'état du rein. En cas de pyonéphrose calculeuse fistulisée dans l'angle droit, la néphrectomie est le traitement de choix. Selon l'état colique, on a le choix entre une suture ou une résection colique segmentaire.

- Les fistules bilio coliques surtout cholecysto coliques dont plusieurs cas viennent d'être rapportés à l'académie de chirurgie.

La fistulisation d'une vésicule lithiosique dans le tube digestif est souvent silencieuse et reconnue tardivement par un Iléus biliaire, mais peut, surtout en cas de fistule cholecysto colique, se compliquer d'hémorragies graves, voire même cataclysmiques dont l'origine est vésiculaire par ulcération d'un vaisseau cystique, altération favorisée par la septicité du contenu colique. Cliniquement, l'intervention est le plus souvent nécessaire devant un tableau hémorragique ou de cholecystite aigüe. Opératoirement, l'intervention est toujours difficile mais ne pose en règle pas de problème colique. Celui-ci est résolu soit par une suture, voire même une exérèse segmentaire limitée, l'orifice colique étant en règle de petite taille. De toute manière, l'extériorisation de ces fistules chez un malade âgé, fatigué après une intervention biliaire difficile permet toujours de régler le problème colique.

- Les sténoses du transverse gauche par faux kyste du pancréas :

Six cas sont rapportés par Testard, Richard, Maillard et Dubois, correspondant à des sténoses pseudo néoplasiques angulo coliques gauches compliquant des faux kystes de la queue du pancréas ayant évolués à bas bruit. Le diagnostic tant clinique et radiologique que pré-opératoire peut être pratiquement impossible. L'histologie contemporanée met en évidence un foyer de stéatonécrose pouvant mettre sur la voie du diagnostic. Anatomiquement, la lésion est une péricolite extra muqueuse.

L'ILEO-SIGMOIDOSTOMIE PAR IMPLANTATION APRES COLECTOMIE TRANSVERSE PROLONGEE AU COLON DROIT - MODALITES-INDICATIONS

Nous entendons par là une colectomie emportant le colon droit et le transverse avec section colique. A l'union de la partie fixe et mobile du transverse gauche, fermeture du bout colique, puis suture termino latérale Iléo-colique au sommet de la boucle sigmoïdienne.

A) L'exérèse :

Nous avons en vue une lésion du colon transverse et le temps majeur de l'intervention est la libération du transverse.

- La voie d'abord est en règle une médiane sus et sous ombilicale prolongée en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde. Un mode d'écartement type cadre de Bergeret permet un excellent jour.

- Libération première de la partie moyenne du colon transverse en sectionnant le ligament gastro colique au voisinage de la grande courbure, avec en cas de cancer, ablation du cercle artériel de la grande courbure avec la pièce. Cette libération du colon transverse est poussée le plus loin possible vers la droite, puis vers la gauche jusqu'à la partie accolée. La dissection est continuée à droite par le décollement de l'angle droit après avoir amorcé le décollement de la partie haute du colon droit par incision du péritoine au niveau de la gouttière pariéto-colique et en abaissant l'angle par ses deux versants afin de libérer les attaches qui le retiennent à la paroi postérieure, éventuellement à la vésicule et à la face antérieure du duodenum.

On continue l'incision pariéto-colique et l'on décolle le colon droit

en passant dans le fascia d'accollement rétro colique de Toldt et en menant le clivage de haut en bas et dehors en dedans. En règle, cette manoeuvre est facile, il faut cependant éviter une blessure du genre inferius duodenal qui peut être attiré par la manoeuvre d'extériorisation de l'angle droit. Enfin, il est nécessaire de voir pour ne pas les blesser, uretère et pedicule spermatique (ou uterovarien). Le décollement se poursuit en bas jusque vers la racine du mésentère.

- Les sections vasculaires :

A gauche, on lie l'arcade de Riolan près de sa racine gauche.

Puis, ligatures de l'artère colique moyenne si elle existe, et de l'artère colique supérieure droite. Les vaisseaux doivent être repérés à leur origine sur l'artère mésentérique supérieure. La veine colique est enlevée avec le tronc gastro colique de Henle. Il ne reste plus qu'à lier près du colon puisque les lésions siègent au niveau du transverse et qu'aucune raison lymphatique n'impose une ablation large du méso colon droit ; les vaisseaux coliques droits : colique droite moyenne lorsqu'elle existe puis branches de l'Iléo coeco appendiculaire ; enfin ligature de l'arcade Iléale entre 15 et 20 cm environ de la terminaison de l'intestin grêle.

- Section des extrémités intestinales :

Après s'être protégé à l'aide de champs abdominaux afin d'éviter toute contamination septique de la cavité péritonéale, on sectionne l'intestin aux points d'élections.

Section du transverse à l'aplomb de la ligature de l'arcade de Riolan et fermeture immédiate de la tranche de section.

Section de l'Iléon à l'aplomb de la ligature de l'arcade iléale.

- Exérèse de la pièce

- Rétablissement de la continuité intestinale :

L'Iléon terminal sectionné vient facilement au contact de la boucle sigmoïdienne rabattue en dedans, anastomose en un plan de points séparés au fil non résorbable après avoir incisé sur une bandelettre colique. Celle anastomose est facile se faisant pratiquement hors du ventre.

- La péritonisation est en règle, simple. Le bord mésentérique au niveau de l'iléon terminal doit être fixé au péritoine pariétal postérieur et du méso sigmoïde par quelques points, ce qui ferme toute brêche. Le problème est celui de la zone dépéritonisée à droite, ou bien il reste suffisamment de meso colon droit pour repéritoniser sinon il suffit de combler la zone crueutée par la dernière anse grèle.

B) QUELS SONT LES CRITIQUES que l'on peut opposer à ce montage, quels sont ses avantages ?

1) Les critiques :

Elles sont au nombre de trois :

- ablation d'une portion de colon sain.

- anastomose termino latérale avec persistance d'un cul de sac colique pouvant être risque d'ennuis ultérieurs.

- risque de diarrhée post-opératoire.

L'ablation d'une portion de colon sain :

Certes, on est entraîné pour une lésion du transverse à enlever le colon droit. Cependant, il faut mettre en parallèle la simplicité de l'intervention et son absence de risques par rapport à une colectomie transverse étendue qui nécessitera, pour rétablir la continuité, une libération de l'angle droit et de l'angle gauche. Le plus souvent, la libération de cet angle gauche est toujours plus ou moins difficile et peut allonger l'intervention. D'autre part, une lésion du transverse quel

qu'elle soit, entraîne en amont un certain degré de stase et de distension qui peut faire préférer l'exérèse associée du colon droit plutôt que de laisser une tranche colique proximale présentant un risque pour la suture. Enfin, la sécurité d'une suture Iléo colique, surtout par implantation par rapport à une colorraphie après colectomie transverse étendue qui va nécessiter une libération étendue de part et d'autre pour obtenir une suture sans traction, rend l'argument de colectomie droite inutile plus théorique que réel.

Le problème du cul de sac colique :

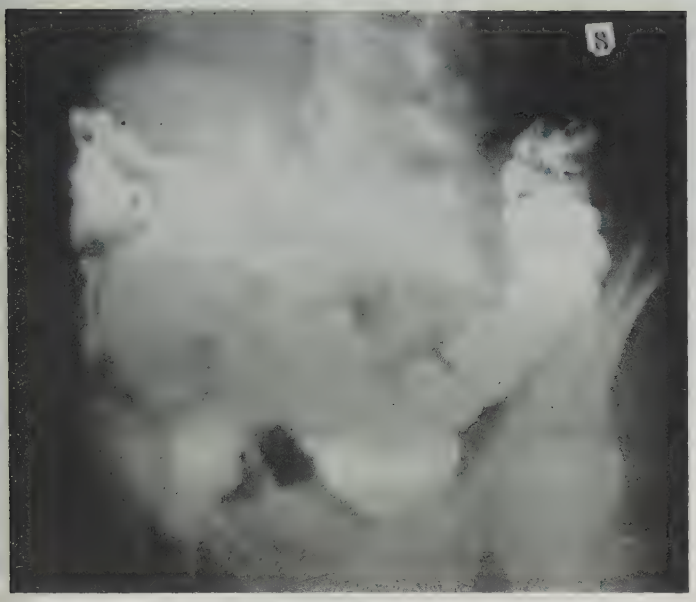
Il existe deux risques :

- ou bien que ce colon dérivé ne soit pas fonctionnel, donc inutile.
- ou bien qu'il se constitue à ce niveau par stase un fécalome

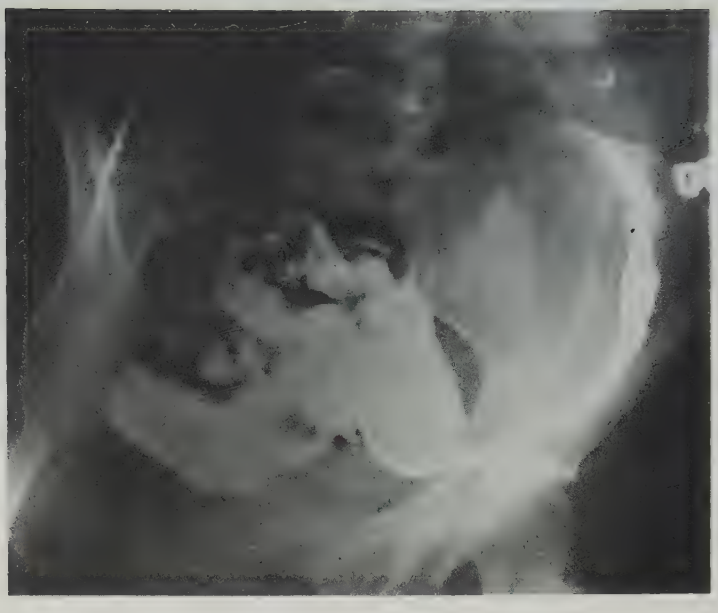
Divers arguments permettent de penser qu'il existe au niveau du sigmoïde un certain degré d'antipéristaltisme suffisant pour que le contenu Iléal emplisse totalement ce cul de sac vertical constitué par le descendant et le début du sigmoïde qui garde ainsi une fonction physiologique.

- Arguments tirés de la physiopathologie de la fistule gastro colique déjà étudiée dans un chapitre précédent : le reflux colique vers l'estomac est pratiquement constant ainsi que le mettent en évidence Renshaw, Templeton et Kiskadden par expérimentation chez l'animal et ce que confirme toute la symptomatologie de ces fistules : vomissements fécaloïdes et éructations gazeuses, constance de la mise en évidence de la fistule par le lavement baryté.

- Deux observations (12 et 23) nous ont posé un problème identique devant une fistule du transverse par lachage d'une anastomose chez des sujets dénutris en mauvais état général. Les deux fois, nous avons pensé résoudre provisoirement le problème, en attendant que l'état général permette une intervention d'exérèse, en pratiquant une implantation Iléo-sigmoïdienne de dérivation. Les deux fois, les suites opératoires ont été favorables en ce sens que l'on a vu l'état général des patients



N° 1



N° 2 - 12 h. après

N° 3 - 24 h. après

N° 4 - 48 h. après

s'améliorer mais les deux fois, le transit se faisait par l'anus transverse à raison de plusieurs selles par jour alors qu'il n'existait que quelques rares selles par l'anus.

- Enfin, les études radiocinématographiques que nous avons pu pratiquer chez deux opérés récents (observations 32 et 33) par repas baryté, nous ont montré les deux fois que le transit se faisait dans un premier temps vers l'angle gauche (cliché n° 1).

Ainsi se confirme la valeur fonctionnelle de ce cul de sac colique au niveau duquel peut se faire un brassage du bol fécal permettant une bonne résorption d'eau.

Le risque de stase au niveau de ce cul de sac colique : il nous paraît peu probable étant donné qu'il s'agit d'un segment intestinal vertical relativement court et animé d'un péristaltisme important. H. Welti, dans la monographie sur la chirurgie du colon déclare avoir, chez un sujet fatigué hypertendu et diabétique présentant une tumeur du transverse importante, pratiqué une transversectomie prolongée au colon droit avec implantation Iléo-sigmoïdienne. Il note, à ce propos, que cette intervention a été pratiquée dans un but de rapidité et de simplicité mais qu'il craignait des troubles dûs à la persistance du cul de sac colique se promettant, si cela survenait de réintervenir pour ablation du cul de sac. Or, ce malade a survécu avec un recul de plus de 4 ans sans troubles digestifs. De même, pour nos malades dont nous avons pu avoir des nouvelles récentes, aucun n'a présenté de troubles liés à la stase au niveau du cul de sac colique, le plus ancien ayant un recul de 7 ans. (Obs. 6 - 28 - 29 - 31 - 32 - 33). L'étude radiologique après repas baryté avec clichés tardifs, nous a montré une vidange pratiquement totale après 48 heures (cliché n°4).

Le problème de la diarrhée :

Aucun malade n'a présenté de diarrhée telle que le problème a pû être préoccupant. Il semble que l'évolution soit comparable à ce qui se passe après hémicolectomie droite : la diarrhée post-opératoire est faites de selles pâteuses, molles

à raison de 3 à 4 fois par jour et persiste quelques semaines parfois quelques mois, délai après lequel se fait normalement une adaptation satisfaisante.

L'on sait que le colon droit a pour fonction essentielle l'absorption de l'eau et des solutions salines. En effet, sur 500 ml qui arrivent à la valvule Iléo coecale, 400 environ seront résorbés par la muqueuse colique. D'autre part, le colon droit et surtout le coecum possède une flore microbienne considérable ayant un rôle fondamental enzymatique : fermentation de la cellulose qui libère des sucres et des acides organiques, attaque de l'amidon, désintégration des protides. Nous pensons que la persistance de ce cul de sac colique court, sans obstacle, animé de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques par le ralentissement du transit et le brassage du bol fécal qu'il permet, favorise un certain degré de réabsorption aqueuse et surtout permet à la flore microbienne de jouer son rôle.

Tardivment, les malades dont nous avons pu avoir des nouvelles, mènent une vie normale mais ont 2 à 3 selles par jour avec parfois des périodes diarrhéiques.

2) Les avantages :

Il s'agit d'une intervention facile, d'une intervention sûre, ce qui situe ses indications dans un certain contexte. En effet, nous la préconisons en lieu et place d'une exérèse étendue du colon transverse dans différentes affections intrinsèques ou extrinsèques du transverse, la colectomie transverse ne nous paraissant pas toujours présenter de suffisants gages de sécurité.

Intervention facile car elle évite le temps difficile de dissection vers l'angle gauche qu'il n'est pas utile d'abaisser, l'abaissement à droite nous paraissant dans le cas particulier d'une affection du transverse toujours facile.

Intervention sûre surtout car le rétablissement de la continuité digestive se fait dans tous les cas par suture de tranches intestinales saines, bien vascularisées, et venant au contact sans traction. Enfin et surtout, cette suture se fait à distance des lésions.

Dans certains cas où la solution de rechange aurait pu être un anus transverse dans des conditions plus ou moins faciles du fait de la présence du grand épiploon rétracté ou d'une méso colite inflammatoire et rétractile, l'implantation Iléo-sigmoïdienne après résection du colon droit et du transverse, permet d'éviter les désagréments d'un anus qui de plus n'est pas toujours la solution satisfaisante du fait, par exemple, des lésions de voisinage tel que abcès ou pancréatite nécrosante nécessitant un drainage. La présence, d'autre part, d'une éventuelle dérivation colique pose le problème secondaire de sa cure et laisse parfois entien celui de l'exérèse du transverse qui se trouve reporté à distance.

C) LES INDICATIONS :

Certaines affections déjà étudiées ont permis de préciser la place de l'exérèse élargie au colon droit avec implantation Iléo-sigmoïdienne. Rappelons rapidement les indications de celle-ci.

Dans les cancers du colon transverse :

Pour les cancers du transverse droit, nous avons vu que l'hémicolectomie droite emportant les 2/3 droits du transverse est l'intervention de choix, le plus souvent le rétablissement de la continuité peut se faire simplement par Iléo-transversostomie. Dans certains cas cependant, du fait du volume de la tumeur, ou surtout du fait d'une mauvaise vascularisation du segment colique distal, on est amené à prolonger l'exérèse jusqu'à l'angle gauche dans ces formes l'Iléo-sigmoïdostomie est une intervention à retenir.

C'est surtout pour les cancers du transverse moyen, volumineux, avec un méso envahi ou rétracté que l'implantation Iléo-sigmoïdienne après exérèse prolongé à droite, trouve sa meilleure indication.

Dans les cancers gastrocoliques :

A propos des abcès sous phréniques Mouchet écrit : "A ce propos, nous

pensons que la réalisation d'une double anastomose gastrique et colique après gastrectomie totale élargie au colon, ou après gastro-colectomie en bloc pour cancer du colon propagé à l'estomac, accroît considérablement le risque de fistulisation gastrique et surtout colique (3 fois sur 5)."

La possibilité de ne pas disséquer et abaisser l'angle gauche, de ne pas ouvrir le couloir pariéto-colique simplifie certainement le problème du drainage de l'hypocondre gauche même après gastrectomie élargie. La suture Iléo-sigmoïdienne à distance de la zone opératoire, et des sutures gastriques suppriment pratiquement le risque colique en cas de gastrocolectomie et nous pensons qu'il s'agit, dans ce cas, d'une bonne indication.

Dans les fistules gastrocoliques et gastrojejuno coliques par ulcère peptique.

Nous avons vu que c'est essentiellement l'état général du malade, le degré de dénutrition, l'importance de la diarrhée qui conditionne la tactique chirurgicale.

Si l'état général est effondré, que la réanimation est peu efficace force est de dériver la fistule gastrojejuno colique et l'Iléo-sigmoïdostomie est à discuter avec un anus sous angulo-colique droit.

En règle, la majorité des auteurs ont pu opérer en un temps : dégastro-gastrectomie et traitement de la fistule colique, le geste chirurgical devant être fonction des lésions anatomiques et ce n'est que rarement, devant une perte de substance colique importante, des lésions inflammatoires au niveau du méso aboutissant à une rétraction de celui-ci, une distension d'amont, que l'exérèse du transverse doit se prolonger à droite. Dans ce cas, l'Iléo-sigmoïdostomie est la solution de sécurité.

Dans les pancréatites :

Quelque soit la date d'apparition de la lésion colique et l'importance de cette lésion, nous pensons que toute tentative de suture, voire même de résection

avec suture - suture qui se retrouvera fatalement au contact des zones pathologiques - est vouée à l'échec. Nous pensons que deux éventualités sont possibles, l'extériorisation des lésions coliques mais ceci n'est pas toujours possible ou bien, une exérèse du transverse prolongée au colon droit avec implantation Iléo-sigmoïdienne qui nous paraît réunir toutes les garanties de sécurité.

Cette intervention s'est imposée à nous et nous a permis, chez certains malades rescapés de la chirurgie dénutris, fistulisés, de résoudre le problème de réparation d'un transverse.

Observation 28 : Iléite terminale, hémicolectomie droite avec Iléo transversostomie - fistulisation par la plaie le 9e jour. Celle-ci ne se tarit pas, l'état général décline et apparaît vers le 30e jour une hémorragie par la fistule. Réintervention permettant, par incision latérale gauche, de pratiquer une Iléostomie terminale puis après désunion de l'incision droite, d'évacuer un volumineux hématome. Le bout colique est vu fistulisé dans la plaie dans laquelle on tasse un champs. L'évolution est favorable, l'état général s'améliore et secondairement, six semaines plus tard, on reprend le malade par médiane, la dissection est difficile du fait de nombreuses adhérences. On retrouve le bout transverse qui est réséqué et fermé près de l'angle gauche. Puis, la fistule Iléale est disséquée et libérée et l'Iléon terminal implanté en termino latéral sur la boucle sigmoïdienne. Les suites ont été remarquablement simples.

Observation 29 : Homme de 58 ans qui présente un ulcère duodénal traité par gastrectomie des 2/3 et rétablissement de la continuité par anastomose type polya. Deux semaines plus tard, fistulisation de l'anastomose et hématome de la loge splénique imposant une dégastrogastrectomie avec nouvelle anastomose en zone jéjunale saine. - On repasse par la brêche mésocolique, le colon transverse est sain - etune splénectomie. Fermeture de la paroi en un plan avec drainages sortant par la médiane. Huit jours plus tard, désunion pariétale avec fistule colique transverse. Reprise : mise à plat

de nombreux clapiers pariétaux, nécrose extensive avec large fistule du transverse que l'on suture transversalement. On rapproche par-dessus les deux bords de la plaie aux grosses soies. C'est évidemment un échec puisque huit jours plus tard, nouvelle fistulisation avec hémorragie par la paroi. Sous A.L., on pratique une Iléostomie terminale et l'on met à plat les clapiers purulents au niveau de la médiane. Une nouvelle intervention sera nécessaire pour évacuer un abcès du Douglas puis l'état général ira s'améliorant et quatre mois plus tard, se posera le problème du rétablissement de la continuité digestive qui sera résolu par une hémicolectomie droite prolongée au transverse et une implantation Iléo-signoïdienne. Suites simples.

Chez ces deux malades s'est posé le problème de réparation d'une fistule colique transverse. Chez le premier, après lachage d'une anastomose Iléo-transverse, chez le second, par nécrose extensive de la paroi atteignant le colon transverse. Les deux malades se présentaient dénutris avec des lésions pariétales importantes, lafistule n'ayant aucune tendance à rétrocéder. La survenue dans les deux cas d'hémorragies par la plaie nous a amené à pratiquer dans les deux cas, une Iléostomie terminale de dérivation permettant dans le même temps de pratiquer une mise à plat au niveau des lésions. L'état général ensuite s'est amélioré et, quelques semaines plus tard, se posait le problème du rétablissement de la continuité digestive. Dans ces formes, l'abord du transverse après parfois plusieurs interventions précédentes de drainage, de mise à plat, après mêchage parfois, est toujours difficile. Au milieu d'adhérences serrées plus ou moins inflammatoires avec des tuniques digestives épaissies, hyperhemies plus ou moins friables, tout éssai de suture (obs. 29) ou même de résection avec colonaphie immédiate. (obs. 12), présente un risque important de lachage. Or, chez ces malades multiopérés, présentant une Iléostomie qui devra être supprimée, il n'est pas indifférent de pratiquer une intervention permettant avec sécurité de rétablir le transit intestinal tout en supprimant et l'iléostomie et la fistule. L'exérèse du colon jusqu'au transverse gauche qui peut être fermé en zone saine près

de l'angle gauche, exérèse prolongée en amont jusqu'à l'iléostomie avec implantation du grêle terminal dans la boucle sigmoïdienne, nous paraît une bonne intervention dans ces cas difficiles.

Dans d'autres fois, le problème a été abordé différemment. Une Iléo-sigmoïdostomie de dérivation avait été pratiquée dans un premier temps avec l'espoir de voir se tarir la fistule et s'améliorer l'état général, l'exérèse devant être pratiquée secondairement.

Observation 23 : Nord-Africain de 32 ans porteur de volumineux kystes hydatiques multiples du foie. L'un volumineux central développé au dépend du segment IV et s'extériorisant en avant du bloc duodenopancréatique et de l'estomac et refoulant en bas le méso colon transverse et le transverse, le méso colon semblant faire partie de l'adventice même du kyste dont l'exérèse nécessite une hémicolectomie droite poussée à gauche sur le transverse, Anastomose Iléo-transverse. Un mois plus tard, on est amené à réintervenir du fait de la fistulisation Iléo colique au contact d'une volumineuse poche hydatique contenant des vésicules et un liquide purulent. Cette poche du volume d'une tête de nouveau-né semble occuper la moitié du foie et remonte en haut jusqu'au diaphragme. Elle est vidée et drainée par deux champs intestinaux, une mèche, une lame et un drain aspiratif, l'ensemble ne pouvant combler la totalité de la poche. D'autre part, on dérive le transit intestinal en pratiquement une implantation Iléo-sigmoïdienne. Malgré un reflux important par la fistule transverse, l'état général va s'améliorer et, quatre mois plus tard l'exérèse de l'Iléo colon exclu, difficile car en tissu friable et hémorragique, va pouvoir se faire jusqu'à l'angle gauche, le bout distal étant suturé en deux plans en zone saine. Le malade est sorti deux mois plus tard en bon état général.

L'observation suivante met bien en valeur le danger de tout essai de réparation in situ d'une fistule colique transverse :

Observation 12

Colectomie segmentaire pour néoplasme de 1/3 gauche du transverse nécessitant le décollement et la libération de l'angle droit pour pratiquer un rétablissement de la continuité entre le transverse droit et le descendant. Lachage immédiat de la suture avec fistule large. Réintervention au 15e jour : on trouve un lachage partiel de la demie circonférence antérieure que l'on suture. La fistule se reproduit aussitôt. Réintervention quatre mois plus tard:libération et résection des extrémités coliques qui ont bon aspect, et devant la facilité certaine de la suture colique on décide de faire la suture immédiate plutôt que l'hémicolectomie droite avec iléosigmoïdostomie, modalité opératoire envisagée. La suture se fait très facilement et dans d'excellentes conditions. Le 8e jour, désunion colique. On réintervient trois semaines plus tard pour pratiquer une Iléo-sigmoïdostomie avec exclusion. Les suites opératoires sont favorables en ce sens que l'état général s'améliore rapidement mais il existe un reflux colique de plusieurs selles par jour bien qu'un transit se rétablisse par l'anus. Un nouvel essai deux semaines plus tard, de fermeture de la fistule colique est un échec, ce qu'explique le reflux Iléal dans le segment colique d'amont. Le malade est alors passé dans le service de diététique de l'hôpital Bichat pour irrigation locale à l'acide lactique. Mais ce n'est qu'après réintervention pour exclusion colique par section au-dessus de l'Iléosigmoïdostomie que l'on obtiendra la fermeture de la fistule transverse, ce qui met bien en évidence l'importance du reflux par antipéristaltisme au niveau du colon descendant.

Enfin nous avons utilisé cette intervention trois fois chez des malades constipés chroniques présentant une stase colique importante et dont l'un (obs. 33) avait déjà été opéré à plusieurs reprises. Il présentait depuis l'enfance une constipation opiniâtre et avait été opéré à l'âge de 49 ans après une perforation diastatique du colon, secondaire à un épisode occlusif. Il avait été pratiqué en urgence une suture colique simple, puis secondairement, (8 mois plus tard) devant la persistance de la

stase Iléocoecale, une hémicolectomie droite avec Iléotransversostomie, le malade est amélioré mais reste un constipé chronique. Un lavement baryté pratiqué à l'âge de 62 ans montre un dolichocolon sigmoïde sans distension.

Récemment, devant l'aggravation de cette constipation a été pratiquée une Iléocolectomie complémentaire prolongée jusqu'à l'angle gauche avec implantation Iléo-sigmoïdienne. Les suites ont été simples. Actuellement, le malade présente deux selles quotidiennes liquides et se déclare satisfait du résultat. Il ne souffre pas et ne présente apparemment pas de stase colique (abdomen facilement palpable chez un sujet longiligne et maigre). Un transit du grêle montre que le cul de sac se rempli de manière préférentielle et se vide ensuite en 96 heures. A la 48e heure, la limite supérieure de la baryte se trouve au niveau du haut sigmoïde. Le recul est de six mois. Il est à noter que nous n'avons pas pratiqué de biopsie rectale et que, peut-être, il s'agit d'une forme limitée de maladie de Hirchprung..

) LES RESULTATS :

Huit malades sont porteurs d'une implantation Iléo-sigmoïdienne après résection colique emportant le colon droit et le transverse gauche.

Parmi ceux-ci, six ont répondu à un questionnaire. Le plus ancien présente un recul de sept ans (obs. 28). Les autres respectivement trois ans (obs. 6), deux ans (obs. 31), deux ans (obs. 29), un an (obs. 32), six mois (obs. 33). Aucun ne souffre de l'hypochondre gauche, aucun n'est constipé. Une certaine tendance diarrhéique est à signaler avec poussées à l'occasion d'un écart de régime (obs. 28 - 29 - 6). Certains présentent trois à quatre selles par jour (obs. 28 - 31 - 6). Les autres une à deux selles plutôt molles (obs. 29 - 32 - 33)

OBSERVATIONS

Observation 1 : Mme LUD. 75 ans

Constipée chronique ayant perdu 20 kgs récemment - anorexie météorisme abdominal. Au lavement baryté cancer du transverse droit.

CRO : ascite . tumeur du transverse adhérant à l'estomac qui n'est pas envahi. Libération aisée de la grande courbure. Envahissement d'une anse grêle nécessitant la résection de celle-ci. Résection colique segmentaire avec colonaphie immédiate. Suites simples. Décès 3 mois plus tard par récidive avec métastases, en particulier cutanée.

bservation 2 : Mme ELE. 52 ans

Néoplasme de la partie droite du transverse avec tumeur palpable.

A l'intervention : gros néoplasme de la partie droite du transverse sans métastases ni ascite - gros ganglions au niveau du méso colon - Hémicolectomie droite enlevant 20 cm de grêle et section colique à la partie moyenne du transverse - Suture termino latérale. Suites simples.

bservation 3 : Mme FRE. 62 ans

Néoplasme du 1/3 droit du transverse sans métastases, pas d'adénopathies palpables. Hémicolectomie droite avec anastomose Iléo-transverse. Décès au 11e jour dans un syndrome diarrhéique responsable d'une désydratation importante avec collepsus.

bservation 4 : Mme WEH. 76 ans

Hospitalisée pour douleurs abdominales, fébricule - état nauséeux, constipation et anorexie.

Lavement baryté : masse tumorale de l'angle droit.

CRO : colectomie segmentaire transverse avec mise des deux bouts à la peau après adossement et fermeture de la brêche du méso colon transverse. Ligature du bout colique distal - tube de Paul dans le bout colique d'amont. Suites simples avec reprise du transit le 3e jour. Fermeture de la colostomie deux mois plus tard : fermeture par voie extra-péritonéale - excision cutanéo-muqueuse autour de la colostomie. Les deux bouts ont leur muqueuse cicatrisée sur le 1/3 environ de leur circonférence. Ce bon adossement a permis de faire une fermeture extra-péritonéale.

- lachage rapide de l'anastomose avec fistule stercorale transverse. Pendant un mois 1/2, le transit se fera exclusivement par la fistule transverse.

- reprise de la colostomie qui est fermée par voie intra-péritonéale avec résection limitée des deux bouts. Reprise du transit le 3e jour. Un lavement baryté 9 mois plus tard contrôle la bonne perméabilité de l'anastomose et note la position haute sous hépatique du coecum.

Observation 5 : Mr GUE. 67 ans

Petit néoplasme du 1/3 droit du transverse avec nombreux ganglions le long de l'artère Iléo colique et de la colique droite. Hémicolectomie droite avec quelques difficultés étant donné les adhérences dans l'arrière cavité des épiploons, étant donné aussi la nécessité de lier les vaisseaux le long de la mésentérique, enfin, la nécessité de sectionner le colon transverse loin à gauche, ce qui rendrait malaisé l'Iléo-transversostomie. Iléo-sigmoïdostomie par implantation termino latérale.

Suites opératoires simples marquées par un abcès de paroi. A noter l'absence de diarrhée post-opératoire.

Histologie : épithelioma cylindrique glandulaire sans extension ganglionnaire.

Revue six mois plus tard avec une métastase abdominale palpable.

Observation 6 : Mr CUK. 60 ans

Gros néoplasme du transverse - colectomie subtotale des 2/3 et anastomose Iléo-sigmoïdienne.

Longue médiane : très gros cancer du transverse avec rétraction du méso. Pas de métastases ni d'adénopathies, décollement des deux angles. La section d'aval se fait à la partie haute du sigmoïde. Ablation du grand épiploon et libération de l'stomac. L'ablation devant comporter l'angle droit, on préfère élargir et on enlève les dix derniers centimètres du grêle. Implantation Iléo-sigmoïdienne.

Histologie épithélioma mucocolloïde sans envahissement à distance.

Suites simples - Survie de trois ans. Ne souffre pas mais présente trois à quatre selles molles par jour, parfois poussées diarrhéiques.

Observation 7 : Mme AUB. 81 ans

Hospitalisée pour syndrome abdominal douloureux. Lavement baryté : cancer en virole de l'union 1/3 moyen et 1/3 gauche du transverse.

CRO : Enorme distension à la limite de l'éclatement du colon droit. On est obligé de ponctionner pour éviter une inondation intra-péritonéale qui, en fait, ne pourra pas être empêchée. Exérèse d'un néoplasme en virole du 1/3 moyen du transverse - pas de métastases - Hémicolectomie droite avec Iléo-transversostomie. Suites simples.

Observation 8 : Mme MIC. 82 ans

Cancer du colon transverse à l'union 1/3 droit et 2/3 gauche du volume d'un poing. Rétraction de l'épiploon. Pas de ganglions perceptibles.

Résection segmentaire avec ablation du grand épiploon. Décollement de l'angle droit et fermeture des deux bouts coliques. Implantation transverso-sigmoïdienne au sommet de la boucle sigmoïdienne très longue.

Histologie : épithélioma avec envahissement ganglionnaire. Suites simples.

Observation 9 : Mr BON. 82 ans

Résection segmentaire d'un petit cancer du transverse, 1/3 moyen.

Histologie : adenocancer lieberkühnien - pas d'envahissement ganglionnaire

Suites simples.

Observation 10 : Mme DAV. 66 ans

Tumeur du colon transverse avec syndrome subocclusif. Au lavement baryté, virole néoplasique à l'union 1/3 droit 2/3 gauche du transverse.

CRO : Hémicolectomie droite avec section de l'Iléon à 20 cm de l'angle Iléo coecal et du transverse à 15 cm à gauche de la tumeur. Iléo transversostomie.

Fistulisation annoncée par fièvre et syndrome occlusif au 10e jour. Réintervention : fistulisation de l'anastomose avec agglutination d'anses grêles dans la gouttière pariétocolique et au niveau de l'anastomose. Libération, résection de 40 cm de grêle en mauvais état et de l'anastomose. Anastomose Iléo colique latéro latérale. Décès au 3e jour.

Observation 11 : Mme POC. 76 ans

Altération de l'état général, troubles digestifs, masse palpable épigastrique. Transit gastroduodenal avec image lacunaire de la grande courbure de l'antre prépylorique.

CRO : cancer du 1/3 moyen du transverse sans envahissement de l'estomac qui est sain.

Hémicolectomie droite avec Iléo-transversostomie. Suites simples.

Observation 12 : Mr SZE. 55 ans

Colectomie segmentaire pour néoplasme du 1/3 gauche du transverse.
Médiane : cancer volumineux du volume d'un poing avec envahissement local important mais sans métastases apparentes.

Colectomie segmentaire enlevant l'angle colique gauche, le descendant dans sa moitié et les 2/3 du transverse gauche - suture après décollement de l'angle droit. coecostomie.

Lachage immédiat de l'anastomose avec fistule large. On réintervient au 15e jour et l'on trouve une désunion partielle de la demi circonférence antérieure que l'on suture. La fistule se reproduit immédiatement.

Réintervention quatre mois plus tard. Le malade est en bon état général avec une fistule colique ourlée à la peau.

Libération et résection des extrémités coliques qui ont bon aspect. Devant la facilité certaine de la suture colique, on décide de faire la suture immédiate plutôt que l'hémicolectomie droite avec Iléo-sigmoïdostomie, modalité opératoire envisagée. Celle-ci semble en effet, devoir être plus grave sans garantie supérieure d'efficacité. La suture colique se fait très facilement et dans d'excellentes conditions. A droite, on laisse en place la coecostomie.

Désunion colique au 8e jour. Réintervention trois semaines plus tard : Iléo-sigmoïdostomie pour exclusion, l'anse grêle est sectionnée à 15 cm de l'angle Iléo-coecal.

Les suites opératoires sont favorables en ce sens que l'état général s'améliore rapidement mais il existe un reflux colique de plusieurs selles par jour bien qu'un transit se rétablisse par l'anus. Un nouvel essai, deux semaines plus tard, de fermeture de la fistule colique est un échec. Le malade est alors passé dans le service de diététique de Trémollière pour irrigation locale à l'acide lactique. Deux interventions ensuite seront nécessaires, l'une de section du colon au-dessus de l'Iléo-sigmoïdostomie pour obtenir la fermeture de la fistule colique, puis un an plus tard l'exérèse du segment intestinal exclu.

Actuellement, le malade va bien, a repris son métier, a grossi et présente un embonpoint malgré trois à quatre selles par jour

Observation 13 : Mr LAB. 66 ans

Opéré en urgence pour occlusion, découverte d'une virole sténosante de l'angle gauche. Après décollement colo-épiploïque, on extériorise le transverse sur une baguette.

Le lavement baryté post-opératoire objective un obstacle total au niveau de l'angle gauche.

Réintervention dix jours plus tard : colectomie segmentaire emportant l'ancienne colostomie avec suture bout à bout entre la partie droite du transverse et la partie basse du descendant. Reprise rapide du transit (4 jours). Suites simples. Revu un an plus tard avec une métastase au niveau de la cicatrice de laparatomie.

Observation 14 : Mme BOV. 60 ans

Résection segmentaire d'un cancer du 1/3 gauche du transverse. Suites simples. A noter, métastase hépatique.

Observation 15 : Mr Le G. 71 ans

Tableau clinique d'occlusion intestinale à début progressif datant de quelques jours. Nombreux niveaux liquides sur les radiographies de l'abdomen sans préparation. Au lavement baryté : injection de tout le cadre colique, on ne voit pas bien l'angle gauche.

Intervention : cancer de l'angle gauche sans métastases, résection segmentaire large enlevant le grand épiploon et la rate dont le pédicule a été blessé. Anus en canon de fusil sur la ligne médiane avec fermeture en deux plans de la moitié postérieure. Suites simples. L'anus est fermé deux mois plus tard. Revu six mois après avec une éventration.

Observation 16 : Mme VIA. 64 ans

Cancer du transverse gauche.

Colectomie segmentaire de la partie moyenne du transverse jusqu'au sigmoïde La partie gauche du transverse est adhérente à la loge splénique et l'on fait une splénectomie associée. Suture colique immédiate. Suites simples.

Observation 17 : Mme LEM. 80 ans

Cancer du transverse gauche.

Colectomie segmentaire. Vidange du bout proximal, anastomose en laissant une soupape de sureté antérieure dans laquelle on laisse un drain. Suites : la reprise du transit se fait par la fistule. Un lavement est pratiqué par voie basse, tout ressort par la fistule du transverse (au 15e jour). Le transit ensuite se fait exclusivement par la fistule qui n'a aucune tendance à se fermer.

Réintervention au 3e mois : libération de l'anus transverse dont la paroi postérieure est accolée. Suture après résection économique des deux bouts coliques. Suites simples.

Observation 18 : Mme BES. 68 ans

Hospitalisée pour altération de l'état général. Masse palpable de l'hypochondre gauche.

Radiographies : cancer de l'antre gastrique

Intervention : gastrectomie subtotale avec hémicolectomie droite. Anastomose Iléo-transverse. Suites immédiates simples.

Observation 19 : Mr GER. 63 ans

Cancer du moignon gastrique.

Antécédents chirurgicaux : gastrectomie pour ulcère 20 ans auparavant. Cholecystectomie pour lithiase il y a 5 ans.

Depuis trois mois, douleurs de l'hypochondre gauche, altération de l'état général. Bilan radiologique et gastroscopique : cancer gastrique.

Intervention : gastrectomie totale élargie à la queue du pancréas, la rate et le colon droit. Par l'ancienne incision médiane, libération d'adhérences importantes. Il existe une tumeur grosse comme le poing, du corps de l'estomac restant juste au dessus de l'anastomose et qui adhère fortement au pancréas et au colon. Splénectomie et décollement rétro pancréatique, libération et section du cardia. On s'aperçoit après ligature de la coronaire à l'origine que la masse est bloquée sur le corps du pancréas et adhère fortement au colon transverse. Section du 1/3 droit et 2/3 gauche du transverse ce qui permet une libération suffisante pour sectionner le pancréas à l'union tête-corps. Section dernière du mésentère. L'anse grêle est reséquée sur environ 20 cm. Fermeture du bout distal en deux plans. Implantation jejuno-jéjunale en Y du bout proximal à environ 30 cm de la future anastomose oesojejunale avec donc montage à la Roux. Les deux extrémités du transverse sont très à distance l'une de l'autre et l'on préfère pratiquer une colectomie droite. On fait passer le transverse derrière l'arche mésentérique de l'anse montée et on pratique à droite de celle-ci une anastomose Iléo-transverse.

Suites : décès au 10e jour - Vérification embolie pulmonaire massive.

Observation 20 : Mr FOR. 53 ans

Cancer de l'estomac ayant envahi le méso colon transverse.

Gastrectomie totale avec pancréatectomie caudale et splénectomie. Colectomie transverse enlevant les 2/3 moyens. Fermeture des deux bouts en deux plans.

Rétablissement de la continuité par oesophago jejunostomie et jejuno jejunostomie au pied de l'anse, la continuité colique étant rétablie par transverso-sigmoïdostomie latero latérale.

Suites simples. Revu six mois plus tard ayant perdu 3 kgs, asthénique se plaignant de constipation, perdu de vue ensuite.

Observation 21 : Mme ANT. 68 ans

Malade présentant une gastro-entérostomie et ayant été récemment (1 mois auparavant) cholecystectomisé. Syndrome clinique de sténose gastrique avec vomissements. Les radios montrent la présence d'une tumeur arrondie qui semble gastrique.

Intervention : Il existe au niveau de l'antre et de la petite courbure une tumeur du volume d'une petite pomme saillant dans la lumière gastrique. Plus importante sont les trois ou quatre tumeurs du méso colon qui saillent au niveau du transverse, le coude et le comprime. Il est impossible de savoir la nature de ces formations si ce n'est qu'elles n'atteignent pas la muqueuse. Dégastro-gastrectomie avec montage type Polya. Le colon ne peut être conservé étant donné la compression colique et la possibilité éventuelle de malignite, colectomie transverse segmentaire avec suture incomplète et mise à la peau du 1/4 entérieur de la circonférence.

Décès par pancréatite aigüe post-opératoire.

Histologie : Foyers de liponécrose sans signes de malignité.

servation 22 : Mr ALL, 60 ans

Gastrectomie type Polya pour ulcère duodenal il y a 20 ans.

Il y a 7 ans, douleurs, amaigrissement, traité par vagotomie sans résultat.

Bilan radiologique : pas d'ulcères peptiques, mais ralentissement du transit avec stase dans l'anse afférente.

Dégastro gastrectomie : pas d'ulcères peptiques mais oedème de l'anse afférente avec ganglions dans le mésentère. Montage par finsterer.

Suites: reprise du transit le 3e jour, puis apparition au 10e jour d'une fistule stercodale après débridement d'un abcès de paroi.

Le malade reprend du poids, ne souffre plus. L'examen radiologique montre un bon fonctionnement de la gastrectomie. Cependant, la fistule stercorale n'a aucune tendance à se fermer.

Intervention dix mois plus tard, après dissection, on constate que le transverse est complètement sectionné, la perte de substance étant comblée par une anse grêle. Libération et colorraphie. Suites simples.

servation 23 : Mr HOV.

Nord-Africain de 32 ans porteur de volumineux kystes hydatiques multiples du foie. L'un volumineux centraldéveloppé au dépend du segment IV et s'extériorisant en avant du bloc duodeno pancréatique et de l'estomac et refoulant en bas le méso colon transverse et le transverse. Le méso colon semble faire partie de l'adventice même du kyste dont l'exérèse nécessite une hémicolectomie droite poussée à gauche sur le transverse. Anastomose Iléo-transverse.

Un mois plus tard, on est amené à réintervenir du fait de la fistulisation Iléo colique au contact d'une volumineuse poche hydatique contenant des vésicules et un liquide purulent. Cette poche du volume d'une tête de nouveau-né semble occuper la moitié du foie et remonte en haut jusqu'au diaphragne. Elle est vidée et drainée par deux champs intestinaux. Une mèche, une lame, un drain aspiratif, l'ensemble ne pouvant combler la totalité de la poche. D'autre part, on dérive le transit intestinal en pratiquant une implantation Iléo sigmoïdienne.

Malgré un reflux important de plusieurs selles par jour par la fistule transverse, l'état général va s'améliorer et quatre mois plus tard, l'exérèse de l'Iléon colon exclu, difficile car en tissu friable et hémorragique, va pouvoir se faire jusqu'à l'angle gauche. Le bout distal étant suturé en deux plans en zone saine. Le malade est sorti deux mois plus tard en bon état général, non diarrhéique. N'a pu être revu.

servation 24 : Mr HAM.

Nord-Africain 46 ans, anciennement gastrectomisé et hospitalisé pour syndrome abdominal douloureux aigü évoquant une pancréatite aigüe. Intervention au 4e jour : gros kyste hématique de la tête du pancréas qu'on ouvre et qu'on draine - cholecystostomie - apparition d'une fistule colique au 11e jour. Au 32e jour, intervention de propreté pour drainage, ablation de séquestrès pancréatiques et colostomie.

Cette colostomie va présenter un état nécrotique et imposera une Iléostomie le 40e jour.

Quatre mois plus tard ; rétablissement de la continuité digestive :

- libération de l'iléostomie
- médiane par l'ancienne cicatrice pour dissection et exérèse du colon droit puis du transverse jusqu'en zone saine et bien vascularisée. Fermeture du segment colique distal et Iléo-sigmoïdostomie par implantation
- cholecystectomie

Suites simples. A été suivi ensuite pendant deux ans durant lesquels il a présenté un bon état général.

servation 25 : Mr TER.

Nord-Africain 44 ans - antécédents pancréatectomie caudale et splénectomie 8 ans auparavant pour pancréatite chronique.

Opéré en urgence pour ulcère perforé bulbaire : gastrectomie des 2/3 avec montage Finsterer trans méso colique. Réintervention au 8e jour devant un syndrome de péritonite avec écoulement sanglant et purulent par l'orifice de drainage. On découvre une pancréatite aigüe nécrotique avec une collection sous hépatique à droite, une petite fuite de l'anastomose gastrojéjunale et surtout à gauche une importante collection purulente avec matières liée à une nécrose du transverse gauche. En amont, le colon droit est mou et distendu. On pratique une colectomie emportant colon droit et transverse gauche avec implantation Iléo-sigmoïdienne et une recoupe gastrojéjunale.

- Hémorragie digestive au 5e jour et décès

- Autopsie : nécrose pancréatique au niveau de la tête et lachage complet de l'anastomose gastrojéjunale. Les sutures coliques sont en parfait état.

servation 26 : Mme DES.

Cholecystite lithiasique avec calcul du choledoque traitée par cholecystectomie, sphinctérotomie et drain de Kehr.

Revue six semaines plus tard pour faux kyste pancréatique. A l'intervention, nécrose partielle du pancréas avec fistule dans le colon et le duodenum, reprise de la médiane : faux kyste de l'arrière cavité des épiploons du volume de deux poings contenant du tissu pancréatique sphacélé. Cette cavité nécrotique communique avec le colon transverse et le 2e duodenum.

La fistule colique est située à la face postérieure et supérieure du colon transverse dont la paroi est très altérée. Si bien qu'il paraît plus simple et plus sûr de faire une hémicolectomie droite avec anastomose Iléo-transverse en termino latéral. On repère alors le duodenum et la fistule punctiforme à la partie interne de la suture. On vérifie ensuite l'absence de lithiase résiduelle - drainage du choledoque par drain de Kehr - gastroentérostomie.

Décès dans les jours qui suivent l'intervention. Pas de vérification nécropsique.

Observation 27 : Mr GIOR.

Pancréatite chronique. Intervention : pancréatite évidente avec réaction oedémateuse, augmentation du volume de la totalité du pancréas avec un aspect blanchâtre et quelques nodules durs. Maximum de lésions au niveau de la tête et du corps. Wirsungographie impossible par Ponction. Duodénotomie pour repérer la papille après injection de bleu dans la vésicule. Cathetérisme du Wirsung et pancréatographie montrant une poche grosse comme une noix et un Wirsung dilaté contenant 5 à 6 calculs. Hémisection du pancréas permettant d'aborder la poche à l'aplomb de la veine porte. Ablation des calculs et dilatation du Wirsung puis sphinctérotomie. Une sonde de nélaton draine la poche à travers cette sphinctérotomie et sort à la Wollker. Hémipancréatectomie gauche et splénectomie.

Reprise trois semaines plus tard pour drainer la loge splénique, apparition dans les suites d'une fistule colique transverse que l'on sera amené à fermer 3 mois plus tard : Abord facile du transverse, suture de la fistule qui est antérieure. Suites simples.

Observation 28 : Mr POI. 29 ans

Hémicolectomie droite avec Iléo transversostomie pour Iléite terminale. Résection de 80 cm de grèle soit 60 cm en amont des lésions macroscopiques d'Iléite.

Lésion : grosse masse gangliornaire Iléo-coecale en voie de suppuration, la fin du grèle sur 30 cm est rouge succulente à parois épaisses. Le colon est normal.

Fistulisation par la plaie le 9e jour. Hémorragie importante par la fistule après trois semaines d'évolution, imposant la réintervention.

Incision latérale gauche pour Iléostomie terminale.

Désunion à droite, évacuation d'un gros hématone. On voit en haut le bout colique transverse, on tasse un champs.

L'état général s'améliore permettant une intervention 15 jours plus tard, Par médiane, dissection du bout colique transverse et fermeture en zone saine. Libération de l'Iléon terminal implanté sur le sigmoïde. Guérison.

Revu deux ans plus tard pour gastrectomie, pour ulcère.
Revu récemment, travaille normalement, ne souffre pas, se plaint de ballonnement après repas copieux. Va à la selle trois à quatre fois par jour. Selles de consistance molle.

Observation 29 : Mr CHI. 58 ans

Souffre d'un ulcère duodenal traité par gastrectomie des 2/3 et rétablissement de la continuité par anatomose type Polya. Deux semaines plus tard, fistulisation de l'anatomose et hématome de la loge splénique imposant une dégastro-gastrectomie avec anatomose en zone jéjunale saine. On repasse par la brèche méso colique, le

colon transverse est sain. Splénectomie. Huit jours plus tard, désunion pariétale avec fistule colique transverse - reprise : mise à plat de nombreux clapiers pariétaux, nécrose extensive avec large fistule du transverse que l'on suture. On rapproche par-dessus les deux bords de la plaie aux grosses soies. C'est évidemment un échec puisque huit jours plus tard, nouvelle fistulisation avec hémorragie par la paroi. Sous anesthésie locale, on pratique une Iléostomie terminale et l'on met à plat les clapiers purulents au niveau de la médiane. Une nouvelle intervention sera nécessaire pour évacuer un abcès de Douglas puis, l'état général ira s'améliorant. Quatre mois plus tard, dernière intervention pour colectomie droite prolongée au transverse gauche avec fermeture en zone saine du bout colique et anastomose Iléo-sigmoïdienne termino latérale.

Suites simples, revu récemment, recul de deux ans. A repris 9 kgs, vit normalement. Présente des périodes diarrhéiques. Va à la selle une à deux fois par jour, selles de consitancesmolles jaunes, malodorantes.

Observation 30 : Mr GAL. 31 ans

Plaie de l'abdomen par arme blanche avec éviscération. Bilan opératoire : plaie du transverse sur son bord libre suture - plaie du méso colon droit avec section de la colique supérieure droite dont les deux bouts sont liés - hématome rétropéritonéal.

Réintervention pour péritonite : fuite au niveau de la suture et aspect sphacélique du transverse au niveau de la partie moyenne. On décide d'extérioriser le transverse mais au cours de ces manoeuvres, arrêt cardiaque. Massage du coeur par phrenotomie avec succès, mais décès secondaire 36 heures plus tard.

Observation 31 : Mme FRE. 58 ans

Hypochondriaque souffre avec alternance de diarrhée et constipation. Tuberculose pulmonaire ancienne stabilisée. Lavement baryté arrêt suspect au niveau du 1/3 gauche du transverse.

CRO : stase colique - le colon gauche est normal, le colon droit et transverse est mobile et dilaté - pas de lésions organiques. Etant donne la dilatation colique et la gêne du transit au lavement baryté, on pratique une colectomie droite prolongée au transverse gauche avec implantation Iléo-sigmoïdienne.

Suites simples. Présente toujours de multiples troubles fonctionnels. Tendance diarrhéique : deux à trois selles par jour.

Observation 32 : Mme HEN. 34 ans

Douleurs de la F.I.D. depuis deux ans

Alternance de phase diarrhéique et de constipation. Lavement baryté : méga colon droit avec capotage du coecum. Intervention : colectomie droite prolongée au transverse gauche avec Iléo-sigmoïdostomie.

Suites simples. Un an de recul - va bien - ne souffre pas mais présente trois selles molles par jour.

Contrôle radio par transit du grèle et radio cinéma : anastomose Iléo-sigmoïdienne fonctionnant bien : l'opacification se fait d'abord vers le colon gauche

mais assez rapidement celui-ci se collabe et le rectosigmoïde s'opacifie.

Clichés de contrôle le lendemain montrant la vidange du cul de sac colique qui se vide en 48 heures.

Observation 53 : Mr RaG. 66 ans

Constipation opiniâtre remontant à l'enfance avec épisodes subocclusifs. A l'âge de 49 ans, après une phase occlusive, intervention d'urgence pour péritonite : suture d'une perforation diastatique. Réintervention quelques mois plus tard pour hémicolectomie droite avec Iléo-transversostomie - Amélioration pendant quelques années mais reste un constipé chronique. A l'âge de 57 ans, il est traité pour tuberculose pulmonaire, stabilisée actuellement.

A l'examen, l'abdomen est sensible, météorisé.

Le lavement baryté montre un dolico colon gauche mais sans distension avec stase au niveau du transverse gauche.

CRO : stase colique chez un malade ayant déjà subi une hémicolectomie droite - ablation du transverse et Iléo-sigmoïdostomie.

Reprise de l'ancienne incision, libération et résection des 2/3 droits du transverse restant dilaté, se faisant on resèque 20 cm de grèle. Fermeture du bout colique et implantation Iléo-sigmoïdienne termino latérale.

Suites simples : recul six mois - deux selles par jour, liquides. transit du grèle : remplissage du cul de sac colique, lequel se vide en 96 heures

C O N C L U S I O N S

L'hémicolectomie droite prolongée au transverse gauche avec section colique au ras de l'angle gauche que l'on n'abaisse pas et que l'on ferme en cul de sac, le rétablissement de la continuité digestive se faisant par implantation termino-latérale Iléo-sigmoïdienne, nous a paru une intervention susceptible de rendre certains services dans des cas particuliers de chirurgie du colon transverse.

Cette intervention s'est imposée à nous chez des malades multiopérés présentant une fistule importante du colon transverse. Devant la simplicité des suites opératoires, la facilité de l'intervention, nous nous sommes demandés s'il n'était pas licite d'en élargir les indications, le problème étant d'étudier le devenir de ce cul de sac colique.

Il existe deux dangers :

1) ou bien ce cul de sac est inutile car non fonctionnel

2) ou bien il se constitue à ce niveau par stase un fécalome.

1) La physiopathologie des fistules gastro-coliques où le reflux colique vers l'estomac est constant,

- certains malades présentant une fistule de transverse chez lesquels nous avions devant la gravité de l'état général pratiqué une dérivation Iléo-sigmoïdienne pour mettre cette fistule au repos et chez lesquels le transit continuait à se faire par la fistule, nous a persuadé de l'importance de l'anti-péristaltisme au niveau du colon gauche.

- Enfin des études radiocinématographiques de transit du grêle après Iléo-sigmoïdostomie nous ont montré que dans un premier temps le transit se faisait vers le cul de sac colique où un certain degré de brassage du bol fécal permet une bonne résorption d'eau.

2) Inversement, le risque de stase au niveau de ce cul de sac nous paraît peu important étant donné qu'il s'agit d'un segment intestinal vertical relativement court et animé de mouvements péristaltiques. Les études radiologiques nous ont montré que la vidange de ce cul de sac est pratiquement complète en 48 heures. Notre malade le plus ancien présente un recul de 7 ans.

L'indication de cette intervention est à discuter chaque fois que l'on est amené à pratiquer une exérèse large du transverse et où le rétablissement de la continuité digestive nécessite le décollement des deux angles.

Dans ces cas, nous pensons qu'il existe un risque non négligeable de fistulisation de l'anastomose, favorisé par le défaut de vascularisation du segment distal lorsque la section colique siège sur le tiers gauche du transverse, et par la traction au niveau de la suture.

L'absence de décollement souvent difficile de l'angle gauche permet d'éviter l'ouverture de la gouttière pariéto-colique gauche. D'autre part, la suture Iléo-sigmoïdienne facile et sûre à distance des zones opératoires offre toutes les garanties de sécurité.

Ainsi, cette intervention paraît intéressante non seulement pour résoudre le problème thérapeutique que pose une fistule du transverse, mais également dans certains cas de cancer gastro-colique après gastrocolectomie étendue, dans les atteintes du transverse après pancréatite, dans certains cas de cancers du transverse étendus.

-:-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse
Professeur F. POILLEUX

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1) AMLICKE : - Gastrocolic and gastrojejunocolic fistulas. A report of sixteen cases. Am. J. Surg. 1964 107 744-50.

2) BACHMAN KP - ROGERS CE : - Perforated gastric ulcer and gastrocolic fistula associated with prolonged cortisme therapy. U.S. Armed Forces - Med. J. 1955 6 109.

3) BARBER - WANH - PRIESTLEY : - Operation in one stage for gastrojejunocolic fistula Surg. Clin. North Amer. 1962 42 1443-1449.

4) BELKAID A. : - Le retentissement colique des pancréatites. Thèse Paris 1964.

5) BERNE THV. - EDMONSON H.A. : - Colonic fistulization due to pancreatitis. Amer. J; Surg. 1966 111 359-363.

6) BESLHER : - Contribution à l'étude des gastrocolectomies transverses dans les cancers du colon transverse. Thèse Paris 1943 n° 243.

7) BOCKERS HC. - ROTH J.C. and SIGRE RA. - Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. S. clin. North. America 1951 6 1596

8) BOLTON - TROTTER : - Jejunocolic fistula following gastrojejunostomy. Brit. M.J. 1920 1 757.

9) BOSIEN WR et TYSON MD. : - Spontaneous perforation of a benign gastric ulcer into the transverse colon Gastroentrology 1953 - 24, 113-117.

10) BOUVRY : - La flore microbienne de l'Iléon terminal et du colon. Rev. Prat. 1962 XII n°2 183-190.

11) BREITENECKER R. : - Fatal gastrointestinal hemorrhage due to chronic relapsing pancreatitis
New England J. Med. 1959 260 1169

12) BURY : - Fistules gastrojejunocoliques
Thèse Paris 1959 n° 533.

13) CACHIN M. - PERROIN J. - HAUTEFEUILLE CL. - TESTARD J. : - Fistule gastro colique par perforation d'un ulcère cortisonique de l'estomac
Arch. Mal. app. digest. 1964 53 622-631

14) Cancers coliques. Rev. Prat. 1963 XIII n°2 121-205.

15) Case records of the Massachussetts general Hospital.
New England J; Med. 1949 240-32.

16) CATTEL RA and WARREN K.W. : - Surgery of the pancreas - Philadelphia 1953 WB. Saunder Co.

17) CLEMENT G. - GAYET A. - LOTTE JT. - MEHAUT M. et LEBILOTTE J.P. : - Les aspects atypiques des ulcères gastriques cortisoniques.
J. Radiologie 1962 43 12. 880.

18) CHAMPEAU M. : - Pancréatites aigües hémorragiques.
Mem. ac. chir. 1963 89 n°6 211-213.

19) COUINAUD CL. : - Anatomie de l'abdomen
G. doin éditeur

20) COUINAUD CL. : - La dérivation colique dans les fistules gastrojéjuno coliques.
Presse Méd. 1958 66 542 43.

21) COUINAUD CL. - HUGUET CL. : - Le temps d'exérèse dans la duodeno pancréatectomie totale. J. chir. 1966 91 n°2 181-190.

22) CRAIG O - Hepato colic fistula.
British. J. Rudiologic. 1965 38 801-803.

23) DALLOZ-FURET : - Volvulus du colon transverse.
Thèse Paris 1961 n° 760.

24) DE BUTIER D'ORMOND : - Fistules gastro coliques primitives.
Thèse Paris 1960 n° 450.

25) DECAMPS : - La dérivation colique dans les fistules gastro jejuno coliques.
Thèse Paris 1959 n°6

26) DEHPANDE : - Concomitant gastro colic and gastro jejunal fistulae as a complication of benign gastric ulcer.
Brit. J. Surg. 1964 51 389-90.

27) DELAGRANGE A. : - Etude critiques de 110 hémicolectomies droites. Essai d'une anastomose Iléo-colique continente.
Ann. chir. 1964 18 n° 25-26 C. 1563-1568.

28) FELDMANN : - Incidence of perforation of the stomach.
Amer. J. Med. SC. 1954. 228 506-509.

29) FONTAINE R. - KIM M. - KUHLMANN : - Apparition spontanée à la suite d'une corticotheratie intense et prolongée, de 3 ulcères digestifs un duodenal et deux gastriques dont l'un est spontanément perforé dans le colon transverse.
Strasbourg Médical 1958 9 n°5 421-428.

30) FRICH P. : - Colectomie pour cancer du colon gauche suivie cinq ans plus tard de colectomie pour cancer du colon transverse et droit.
Lyon chir. 1956 576-578.

31) GALLAGHER : - Extended right hemicolectomy. The treatment of advancer carcinoma of the hepatic plexure and malignant duodeno colic fistula.
B rit. J. Surg. 1960 47 616-621.

32) GATCH WB. - BRICKLEY RA. : - Perforation of the colon following acute necrosis of the pancreas.
Arch. Surg. 1951 63 698-701.

33) GOLDIN AG. - WOLD H. : - Acute pancreatic pseudocyst with spontaneous drainage into descending colon.
J. Kentucky MA. 1965 63 98

34) GUIVARCH' M. - MARQUAND J. et MOUCHET A. : - Les abcès et collections sous phréniques
J. de chir. 1966 91 n°3 333-349.

35) GRAY J. : - Gastrocolic fistula résulting from benign gastric ulcer surgery
Surgery 1956 40 n°2 408-411

36) GRIMOUD N. - LAPEYRERE J. - MALECAZE A. : - Fistule pancreatico colique secon à une pancréatite aigüe hémorragique.
Toulouse Médical 1960 61 221.

37) HAMMAR B. : - Benign duodenocolic fistula
Brit. J. Guey 1965 52 153-5

38) HEPP-LAGRANGE : - A propos du traitementdes fistules gastro jejuno coliques
J. Chir. 1950 66 116.

39) HOLLENDER L. - ADUOFF M. : - Deux observations de colectomie élargie pour néoplasme de l'angle splénique.
Mem. ac. chir. 1962 88 n°4 171-175.

40) HOWARD J.M. - JORDAN HL. : - Surgical diseases of the pancreas.
Philadelphia 1960 JB. Lippincott C°.

41) HUGUET CL. - COUINAUD CL. : - La greffe du duodenopancréas chez l'homme.
J. Chir. 1966 92 n°4 293-312

42) HUGUET CL - MASSON H. - CATHALA HP. - LOYGUE J. - Syndrome de malabsorption d'origine chirurgicale.
Ann. chir. 1965 19 n°3-4 201-205.

43) IMPERATTI et CAGETTI : - Carcinoma of the transverse portion of the colon.
J. int. coll. Surgeons. 1964 41 5. 443-452.

44) KENT K.H. : - Extrinsic lesions affecting the transverse colon.
Am. J; Roentgan 1963 89 779-86.

45) KOURIAS B. - XEROS A. : - Fistules gastrojejuno coliques par ulcère peptique.
J. Chir. 1963 86 n°4 265-280.

46) LAHEY - MARSHALL - : Surfical managment of some of the more complicated problems of peptic ulcer.
S 90 1943 76 641

47) LAMY - BRICOT - BUREAU : - Schwannomes du colon transverse.
Marseille chirurgical 1962 14 n°2 436-437.

48) LAURAS H. - Fistule cholecysto-colique avec hémorragie profuse.
Mem. ac chir. 1965 91 n°8 271-272.

49) LEFKOWITZ : - Perforation of transverse colon in a patient with Hodgkin's disease
Conad. Med. Ass. J; 1965 93 813-815.

50) LEIBOVICI R. - YOVANOVITCH B.Y. : - La gastro colectomie transverse. Indications et technique.
J. Chir. 1938 52 21

51) LEIBOVICI R. - YOVANOVITCH B.Y. : - Traitement chirurgical du cancer du colon transverse. Rev. chir. 1938 171.

52) LEIBOVICI R. - SULTAN R. - YOVANOVITCH B. : - Les chances de la colectomie dans les cancers coliques compliqués de gros abcès.
Ann. chir. 1960 14 n°7.8. 423-438.

53) LEMERCIER M. : - Devenir anatomo-clinique des syndromes aigüs pancréatiques. Traités par les inhibiteurs de protéases.
J. Chir. 1963 86 n°6 627-650.

54) LEPLAT M. : - A propos d'une association de tuberculose et de cancer du colon transverse.
Thèse Paris 1962 526.

55) LEZNER S. - ZUFLACHT J. - ZOLA SP. : - Gastrocolic fistula complicating acute recurrent pancreatitis.
Am. J; Gastroenterology 1964 41 537.

56) LOWDON : - Gastrojejunocolic fistula.
Brit. J; Surg. 1953 41 113.

57) LOYGUE J. : - Sequelles de la chirurgie colique.
Rev. Prat. 1964 XIV n°7 789-790.

58) MAC LEAD - GALLOWAY : - Atrial of Ileosigmoïdostomy in the treatment of gastro-jejunocolic fistula.
S.G.O. 1957 105 545-558.

59) MAC MAHON : - Gastro colic fistulae of molignant origin.
Am. J. Surg. 1963 106 333-347.

60) MALLE-GUY P. et MERCADIER M. : - Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo kystiques du pancréas.
Rapport au 60e congrès français de chirurgie 58.

61) MARK - WHOLEY - BRON - HALLER : - Selective angiography of the colon.
Surg. chir. N. amer. 1965 45 1285-91.

62) MARSHALL - KNUD-HANSEN : - Gastrojejuno colic and gastro colic fistulas.
Ann. Surg. 1957 145 770

63) MARTIN J.P. - CHAMLON I - DELOCHE A. : - Fistule gastro colique et arthrite suppurée de la hanche au cours d'un traitement corticoïde.
Mem. ac. chir. 1965 91 n° 16 478-483?

64) MERCADIER M. : - A propos du traitement des pancréatites aigûes par les anti-enzymes.
Mem. ac. chir. 1963 89 n°7 228-232

65) MOUCHET A. - MARQUAND J. - LEROUX M. : - Fistule gastrojejuno colique par ulcère peptique.
Arch. Mal. app. dig. 1960 49 125

66) MOUCHET A. - MARQUAND J. - GARCIN J.P. - HUMM R. : - A propos d'une série de 61 cancers du colon droit.
J. Chir. 1963 85 n°1 17-22

67) MORTON J. : - Acute pancreatitis
Surgey 1945 17. 475

68) PARAF - COUINAUD - LEVITAN : - Tuberculose bipolaire du colon transverse.
Bull. Soc. Med. Hop. Paris 114 137-142.

69) PERROTIN J. - CACHIN M. - BOUDOT J.P. : - Deux cas de fistules gastro coliques par perforation d'un ulcère cortisonique de la grande courbure gastrique.
Mem. Acad. Chir. 1936 89 n° 31 851-856.

70) POILLEUX F. - MOUKTAR M. : - Conclusions au débat sur les pancréatites aigûes
Mem. ac. chirurgie. 1963 89 n° 15 460-468.

71) POIRIER A. : - Deux cas de perforation à la suite de traitement corticoïde - Confrontation radio anatomiques.
Presse Méd. 1963 87 n° 27 171.

72) PONKA - RICE : - Gastro colic fistula secondary to carcinoma of the stomach.
Amer J. surg. 1961 102 596-601

73) SASSON L. - WEISKOPFS : - Duodeno colic fistula
Amer. J; of gastroenterology 1958 29 n°1 51-58

74) SEROR J. - STOPPA R. - Quelques aspects des fistules biliо-digestives.
Mem. ac. chir. 1965 91 n°6 207-220.

75) SOUPAULT - BUCAILLE : - Tuberculose du colon transverse.
Arch. Mal. app. dig. 1954 43 n°5 583-591.

76) STARZL TE - DORR TW. - MEYER WH. : - Benign duodeno colic fistula.
Am. Archiv. of surg. 1959 78 n°4 611-61[illegible].

77) SWATZ MJ - PENS TIAN FF. - CHLEBOWADWJ : - Recurrent gastric ulcer with spontaneous gastro jejunal and gastro colic fistul[illegible]s.
Gastro-enterology 1963 44 527-531.

78) SWERSIE A. - BUKANZS : - A case of right reno colic fistula.
The journal of mology 1965 93 3. 336.

79) TESTART J. - RICHARD CA. - MAILLARD J.N. - DUBOIS F. : - Trois cas de sténose de l'angle colique gauche par faux kyste du pancréas.
Ann. chir. 1966 20 n° 15 - 16/17 -18 C 978-983.

80) TOUPET A. : - Colectomie intermédiaire avec anastomose transmésentérique.
Presse Méd. 1961 69 2693

81) TOUPET A. : - Colectomie avec anatomose transmésentérique
Mem. Ac. chir. 1963 89 n°21 628-630

82) VANDOOREN : - A propos des fistules biliaires cholecystodigestives spontanées.
Mem. ac. chir. 1965 91 n°6 188-191.

83) VAYSSE J. : - A propos de 39 observations de cancer du colon transverse et de ses angles avec leurs résultats éloignés. Thèse Paris

84) WELTI H. - EPFELBAUM R. - GIBERT G. : - Fistule biliaire cholecystocolique spontanée - mem. ac. chir. 1964 90 n°32 932-5

85) WELTI H. : - La chirurgie du colon. (coll. H. Mondor 1960 - Masson. édit. Paris).

86) WILKIE : - Jejunal ulcer. - Ann. Surg. 1934 99 401.

-:-:-:-:-